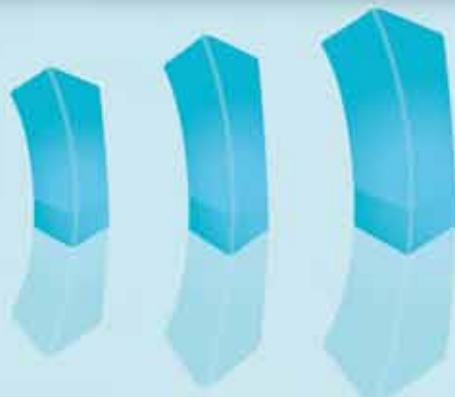


OCT 2011
GRATUIT



Inter Syndicat National des Internes des Hôpitaux



LES RENCONTRES DE L'ISNIH

Tout sur l'Installation

2^{ème} Congrès National des Internes sur l'Installation

Sous le haut patronage du ministère de la santé,
de l'enseignement supérieur et de la recherche

21 OCT 2011 - PALAIS BRONNIART
LES RENCONTRES DE L'ISNIH
INSCRIPTION SUR WWW.RENCONTREISNIH.FR

Congrès et hébergement gratuit

A découvrir :

- **Qu'est ce que le CNOM**
- **Les premiers remplacements**
- **Révision des lois de bioéthiques**
- **Focus sur la MPR**



...Etes-vous sûr d'être **bien assurés** ?



**Avec le Groupe Pasteur Mutualité,
partenaire de l'I.S.N.I.H.,
bénéficiez de garanties complètes et adaptées**

■ RESPONSABILITÉ CIVILE ET PROTECTION JURIDIQUE PROFESSIONNELLES

■ COMPLÉMENTAIRE SANTÉ + ASSISTANCE

■ ASSURANCE HABITATION

■ GARANTIE DE MAINTIEN DE REVENUS (INCAPACITÉ DE TRAVAIL)

■ CAPITAL INVALIDITÉ DE RECONVERSION

■ ASSURANCE AUTO

RENSEIGNEZ-VOUS VITE AU :

0 810 229 505

Prix d'un appel local

ou **www.gpm.fr**

- | |
|--|
| 1 Edito & Sommaire 01. 2 Congrès Les Rencontres de l'ISNIH 02. 3 L'ISNIH et VOUS L'ISNIH : KESAKO ? 04. 4 Les nouveaux outils de l'ISNIH Les nouveaux supports de l'ISNIH 07. 5 Zoom sur ... L'EJD-PWG et les Spécialités Kesako ? 10. 6 Regard sur le CNOM L'Ordre des Médecins 11. 7 Point sur... Les Négociations Conventionnelles 14. 8 Statuts de l'interne Réforme des DES et DESC De l'agrément au choix de stages 18. 9 les textes de loi en question Vers un nouveau modèle du système de soins ? Réforme des hospitalisations sans consentement Révision des lois de bioéthiques 24. 10 Les dossiers d'AVM Remplacement Logement 32. 11 Focus sur la MPR La Médecine Physique & Réadaptation 44. 12 Témoignage J'ai quitté la médecine militaire 48. 13 La page carabine Le bal de l'internat 50. 14 Newsletter 52. 15 Offres d'emploi 55. |
|--|

DIRECTEUR DE PUBLICATION : Jean-Christophe Faivre

DIRECTEUR DE RÉDACTION : Yohann Renard

RÉDACTRICE-EN-CHEF: Caroline Eymerit-Morin

Editeur & Régie publicitaire :

Maceo éditions - M. Kamel TABTAB, directeur

11, bd Ornano - 75018 Paris

Tél. : 01 53 99 90 05 - maceoeditions@gmail.com

GRAPHIC DESIGN : Brahim MADJID

Fabrication et impression en UG. Imprimé à 10 000 exemplaires. Toute reproduction, même partielle, est soumise à l'autorisation de l'éditeur. La responsabilité de l'éditeur ne saurait être engagée pour les éventuelles erreurs ou omissions contenues dans cet ouvrage. Les annonceurs sont seuls responsables du contenu de leur annonce.

ISNIH - Inter Syndicat National des Internes des Hôpitaux
17 rue du Fer à Moulin - 75005 Paris Tél. : 01 45 87 25 89 - Fax : 01 45 35 45 92

Édito

Bonjour à toutes et à tous,



48h par semaine ! Travailler plus pour gagner plus ? Non, c'est loin d'être à l'ordre du jour. Petite avancée, travailler moins pour le même salaire, enfin pour ceux qui s'y plieront car comme le repos de garde, nombreux d'entre vous malheureusement ne pourront pas le respecter !

Nous pensons particulièrement à vous, nouveaux internes issus de la promotion 2011. Après un parcours du combattant bien pénible cet été, le numéro 11 de notre revue AVM arrive à point nommé. Au programme justement, la filiarisation des DES et des DESC ! Vos choix de stages sont imminents, nous décrivons ici les modifications réglementant les ouvertures de postes. Puis plongez vous dans notre mémorandum sur «les locations immobilières et ses abus», et oui nombreux sont ceux qui vont se retrouver dans cette situation en novembre, faute de place dans les internats.

Pensée pour vous, internes déjà bien avancés dans votre cursus, notre congrès « Les Rencontres de l'ISNIH » centré sur l'installation est à la fin du mois. Il n'est pas trop tard pour s'inscrire (application iPhone : rencontres 11, site www.rencontresisnih.com), il s'annonce riche en formation et en échanges.

Peu connu au delà de sa fonction disciplinaire, nous avons souhaité vous présenter le Conseil National de l'Ordre des Médecins et de sa Commission « Jeunes Médecins » avant de poursuivre par un dossier complet sur le remplacement. Une synthèse sur les négociations conventionnelles qui réglementeront en partie votre exercice de demain vous est proposée.

AVM, pour A Venir Médecin, beaucoup d'entre vous l'ignorent, l'ISNIH a créé cette revue en 2008 écrite par des internes pour les internes. En 2011, nous avons œuvré à l'amélioration de nos supports d'informations et de communication et nous vous les détaillons : site internet, forum, newsletter et application iPhone pour la rentrée.

L'EJD-PWG, ces initiales barbares n'évoquent probablement rien pour vous, il s'agit pourtant de notre instance représentative sur le plan Européen : L'European Junior Doctors Permanent Working Group. Nous vous la présentons dans ce numéro, dans le prochain nous mettrons l'accent sur les axes de travail actuels de cette structure en liaison avec la notre, l'ISNIH.

Coté réformes, lisez attentivement l'explication de texte concernant l'article 54 (loi HPST Hôpital – Patients – Santé - Territoires) qui constitue malheureusement un pas (un de plus !) vers la privatisation de notre système de santé. Ce texte, tel une étoile filante, est passé discrètement à l'Assemblée Nationale une nuit d'été en 2011 ! Heureusement d'autres débats autrement plus passionnants ont animé les parlementaires, tel que la révision des Lois de bioéthiques et la réforme des hospitalisations sans consentement en psychiatrie dont nous faisons échos.

Enfin un interne nous témoigne de son expérience peu commune, il a quitté après nombres d'années le Service de Santé des Armées pour poursuivre l'apprentissage de sa spécialité dans le civil.

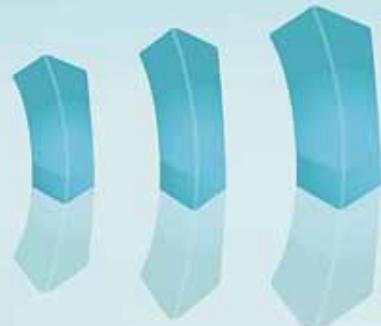
Pour terminer dans la légèreté petit retour sur le Bal de l'Internat 2011 à Paris.

Bonne lecture à tous

Caroline Eymerit-Morin
Rédactrice en chef de la revue
Interne en anatomie et cytologie pathologiques
CHU d'Angers

CONGRES

CONGRES



LES RENCONTRES
DE L'ISNIH
Tout sur l'Installation

2ème Congrès National
des Internes sur l'Installation

Sous le haut patronage du ministère de la santé,
de l'enseignement supérieur et de la recherche

9h - 20h 21.OCT.2011 Paris

Allocation du ministre

1ère Table ronde - Comment exercer ?
Public, Privé, Ambulatoire - Mode d'exercices

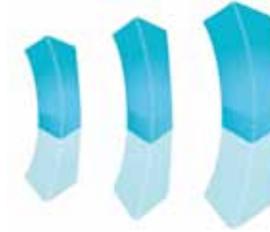
2ème Table ronde - Où vais-je exercer ?
Démographie médicale

3ème Table ronde - Comment faire ?
Tous les interlocuteurs de l'installation

Soirée de Gala aux Salons du Louvre offerte aux participants 22h à 4h

www.rencontresisnih.fr

ISNIH



LES RENCONTRES
DE L'ISNIH
Tout sur l'Installation

CONGRES "Les Rencontres de l'ISNIH"

LE CONGRÈS DES INTERNES, CHEFS DE CLINIQUES, ASSISTANTS
GRATUIT POUR TOUS !!!

*Internes, Chefs de Clinique, Assistants : voici des périodes capitales pour faire le choix de sa future carrière :
Prise de fonction hospitalière ? Installation en cabinet ambulatoire ? Achat de parts en cliniques privées ?
Autant de questions auxquelles nul ne pourra vous répondre avec certitude.*

Les Rencontres de l'ISNIH seront l'endroit idéal pour rencontrer des médecins installés, échanger avec tous les acteurs de la vie professionnelle, publique, libérale en clinique ou ambulatoire. Quel est réellement l'impact de la démographie sur l'installation, la pratique, la rémunération ? Quelle activité exercer selon le mode de vie que j'envisage ? A quelle porte faut-il frapper lorsque je recherche un poste dans une région ? Le congrès *Les Rencontres de l'ISNIH* vous apportera des réponses précises à ces questions...

Comment, en un congrès, centraliser un maximum d'informations pour une future carrière dans le libéral ou dans la fonction publique ? Aborder différentes problématiques de la profession médicale ? Entrer en contact avec les futurs acteurs de sa vie professionnelle ? *Les Rencontres de l'ISNIH* rassembleront tous les acteurs de l'installation des jeunes médecins. Au programme : 3 tables rondes et de multiples sessions pratiques-pratiques.

Des moments privilégiés pour rencontrer des professionnels installés, autour d'un buffet et d'une coupe de champagne

Des séances précises de formations avec des échanges fructueux tout au long de la journée... Les thèmes traités, nous pouvons citer de manière non exhaustive : Les carrières possibles à l'hôpital public ? Le médecin est-il propriétaire de son outil de travail dans sa clinique ? Le CESP (Contrat d'Engagement de Service Public), une mesure incitative ;

les facettes de l'installation en clinique, les assurances et l'installation libérale... Encore une fois, nous aborderons ce dont on ne parle pas lors de vos études !!!

Gratuit pour tous, comprenant : repas, congrès, boissons (champagne, avec modération bien sûr !) et logement en hôtels parisiens.

Inscription obligatoire au préalable sur notre site :
www.rencontresisnih.fr

Après une journée chargée en informations cruciales, l'ISNIH s'occupe également de vous détendre et de vous remercier de votre présence grâce à une **soirée de gala** qui se déroulera dans les salons du Louvre à quelques pas du congrès. Cette soirée haute en couleur sera à l'image de notre congrès. Nourriture des plus raffinée et fines Bulles de Champagne seront de la partie. Le plus vieux champagne rémois se fera un honneur de vous rafraîchir et La grande épicerie de Paris se chargera de vous sustenter. Bref cela sera ABSOLUTment parfait ...

Pour vous inscrire rien de plus simple. Allez sur www.rencontresisnih.fr et nous nous chargeons du reste (congrès, hôtel, soirée).

Vous pouvez également nous retrouver sur votre iPhone grâce à l'application « **Rencontres '11** » disponible sur l'apple Store.

Sous le haut patronage des Ministères de la santé et de l'enseignement supérieur, ce congrès fait foi de formation continue. Une attestation de présence vous sera fournie à votre arrivée .

Nous vous attendons donc **le 21 octobre**
au Palais Brongniart dans le 2ème arrondissement de
Paris. Venez nombreux !!!

Yohann Renard,
1er Vice-Président de l'ISNIH
Responsable du congrès

Et
Julien HODY,
Directeur Général de Interne Installation



L'ISNIH : KESAKO ?



L'ISNIH, c'est l'Inter-Syndicat National des Internes de Hôpitaux. C'est l'organe de représentation des internes en médecine à l'échelon national.

L'ISNIH est une intersyndicale. A ce titre, ce sont les internats des villes (les bureaux d'internats, vos syndicats de ville) qui adhèrent à l'ISNIH et pas les internes directement. C'est le meilleur moyen de fédérer les 18 000 internes que nous serons en 2012. Ainsi, l'Assemblée Générale de l'ISNIH représente les 28 internats des 28 villes de CHU de France à travers la voix des présidents d'internats, ou de leur(s) représentant(s).

Les membres du Bureau de l'ISNIH sont élus par les membres de l'Assemblée Générale, une fois par an.

Les Assemblées Générales de l'ISNIH ont lieu un samedi tous les 2 mois. Il y a donc, en moyenne 6 AG par an.

Le travail de l'ISNIH se découpe selon 6 pôles :

- Pôle formation
- Pôle hospitalier
- Pôle libéral
- Pôle affaires internes
- Pôle communication
- Pôle partenariats
- Travailler à l'ISNIH

Pôle Formation

La réflexion et le travail de fond sur la formation initiale des internes en médecine occupent une place importante à l'ISNIH. En voici quelques exemples :

- Réflexion sur la démographie médicale qui comme vous le savez est un sujet d'actualité largement débattu : les besoins de santé publique sont à prendre en compte et nous le faisons avec responsabilité mais toujours dans l'intérêt des internes. Nous travaillons en collaboration avec l'ONDPS (Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé) pour définir au mieux les besoins des internes avec le dispositif de la filiarisation.

- Maquette de formation enseignement théorique : notre collaboration avec les ministères de l'Enseignement supérieur et de la Recherche mais aussi celui de la Santé nous permettre de réfléchir à une grande réforme de l'internat et du post-internat (maquettes de formation, enseignement théorique et pratique) par l'intermédiaire de la CNIPI (Commission nationale de l'Internat et du Post-Internat) mais aussi de la CPNES (Commission Pédagogique Nationale des Etudes de Santé).

- Evaluation des formations en troisième cycle des études médicales : cette évaluation est en cours de réalisation et sous l'égide de l'AERES (Agence d'Evaluation de la Recherche et de l'Enseignement Supérieur)

- Financement et organisation des choix de stage, des stages hors subdivision (dit inter CHU) et des années recherches en collaboration avec la DGOS (Direction Générale de l'Offre de Soins).

- Réflexion sur l'évolution du post-internat par l'intermédiaire de la CNIPI à moyen terme et démarche proactive et militante à court terme pour assurer un post-internat de qualité à l'ensemble des internes qui en ont besoins pour terminer leur formation.

Pour remplir ces missions, l'ISNIH siège dans de nombreuses commissions, dont certaines sont citées ci dessus pour y défendre vos intérêts, et pour proposer les avancées et les améliorations nécessaires à notre statut pour lui permettre d'être en adéquation avec nos aspirations et s'adapter à notre société. La Conférence des Doyens, participe également activement à ces réflexions.



Nos missions pour ce pôle, c'est de préserver, voire d'augmenter le nombre de postes d'hospitalo-universitaires, d'obtenir une bonne répartition des internes par spécialité et subdivision, de réformer les maquettes de formation, mettre en place au niveau national un système d'évaluation de l'organisation de la formation en troisième cycle dans chaque spécialité et faculté, accompagner et défendre nos droits concernant le nouveau système de financement des stages d'internes et des stages hors subdivision.

Pôle Hospitalier

Plusieurs pistes de travail animent le bureau de l'ISNIH et son Assemblée générale :

- La valorisation du métier de médecin à l'hôpital public et communication des offres d'emplois.
- La mise en place de nouveaux contrats hospitaliers pour les médecins.
- La valorisation de l'Interne sur son terrain de stage que ce soit à l'hôpital public ou en stage extra-hospitalier.

- L'amélioration du statut d'interne et de sa reconnaissance non exclusivement pécuniaire d'ailleurs.

Pour remplir ces missions, l'ISNIH est en contact privilégié avec de nombreux interlocuteurs afin de défendre vos intérêts, et pour proposer des avancées et améliorations :

- La FHF, Fédération de l'Hospitalisation de France.
- Les Conférences des présidents de CME de CHU et de CH.
- Conférence des directeurs de CHU.
- Les différents Syndicats de PH séniors.
- Le Ministère de la Santé bien entendu.

Pour ce pôle, nos principaux projets sont de créer le guide de l'interne à l'hôpital public, la revalorisation des gardes et des astreintes, permettre le remplacement et gardes de senior à l'hôpital public, proposer un questionnaire d'évaluation de la considération et de l'accueil aux Internes par les Hôpitaux et donc d'améliorer les conditions d'accueil des internes (nourriture, logement...), permettre l'accès des internes aux crèches hospitalières...

Pôle Libéral

La aussi, de nombreux axes de travail sont à l'ordre du jour :

- Défense de la liberté d'installation qui est un des fondements de notre exercice.
- Amélioration et diversification de la rémunération des médecins libéraux
- Valorisation du métier de médecin dans les cliniques privés
- Formation initiale : ouverture de terrains de stages d'internes dans le libéral et les cliniques privées, de postes d'assistants à temps partagé dans le libéral et les cliniques privées

Pour remplir ces missions, l'ISNIH est très présent sur le terrain, et notamment dans les instances suivantes :

- Participation aux négociations conventionnelles
- Relations étroites avec les grands groupes de cliniques français comme nous pouvons en avoir avec les structures de soins publiques.
- Conférence des doyens de médecine pour les stages en libéral
- Commission Nationale de l'Internat et du Post Internat pour la séniorisation du cursus
- Ministères de la Santé et de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche
- Syndicats de médecins libéraux

Parmi nos projets, le développement des stages dans le libéral et les cliniques privés, la mise en place de formations pour les Internes sur le monde libéral et l'exercice en clinique privée, mettre tout en œuvre pour éviter les mesures coercitives à l'installation ou la limitation d'accès au secteur 2, élaborer un nouveau système de rémunération pour les médecins et les



chirurgiens, créer le statut d'assistant à temps partagé avec le monde libéral, communiquer aux Internes les offres d'emplois des cliniques privés

Pôle Affaires Internes

Organiser la vie de l'ISNIH n'est pas chose facile. Voici quelquesunes de nos missions pour faire fonctionner la démocratie au sein de l'ISNIH, qui doit être l'écho des demandes des internes.



d'Assemblées Générales

- Mise à jour du fichier des membres de l'ISNIH
- Mise à jour du fichier des contacts de l'ISNIH
- Organisation des élections
- Gestion des secrétaires de l'ISNIH

Pôle Communication

Notre communication est encore à parfaire, mais la création récente de nouveaux outils montrent toute l'attention et l'intérêt que nous donnons à véhiculer notre image, nos messages, pour que chaque interne se retrouve en l'ISNIH.

Elle s'articule autour de plusieurs axes :

- Le Magazine de l'ISNIH, reçu directement par chaque interne dans son service hospitalier. Nous organisons la parution de quatre numéros par an, qui comportent un ou plusieurs dossiers thématiques sur les sujets d'actualité.
- Le Guide des villes et des spécialités : ouvrage remis à jour annuellement, permet aux étudiants en sixième année de faire leur choix de discipline et de spécialité mais aussi le choix de leur ville d'internat avec toutes les clefs en mains.
- Le Site internet de l'ISNIH (www.isnih.com) : pivot de la communication de l'ISNIH, il est en cours de refonte pour permettre une communication rapide et efficace du national et local et vice versa mais aussi de manière transversale d'une ville à une autre.
- Forum de discussion et mailings listes des Internes en médecine nous permettent une large discussion autour de nos projets communs
- Le Congrès de l'ISNIH : «Les Rencontres de l'ISNIH» pour que chaque interne puisse avoir les clefs lui permettant de s'installer en toutes connaissance de cause et gérer sa carrière médicale eu mieux.

- Guide et tutoriels : guide de l'interne, du président d'Internat, de l'Installation et de la prise de fonction en permanence et au plus près des internes.
- Deux applications iPhone et Android : une pour l'ISNIH et une pour Les Rencontres de l'ISNIH pour faire circuler l'information au plus près de internes et le plus rapidement possible.



Pôle partenariats

L'ISNIH contracte annuellement avec différents partenaires dans l'intérêt de son réseau et tous sélectionnons nos partenaires. Nous ne souhaitons travailler qu'avec des partenaires de confiance, avec qui nous nous engageons comme nous le faisons avec nos adhérents au quotidien.

Ses partenariats sont le choix de l'Assemblée Générale et n'ont de raisons d'être que pour les partenariats rendus, directs ou indirects, aux internats dans le domaine de la bancaire, assurantiel, du courtage, des établissements de santé privés ou publiques... Il est proposé aux internats et aux internes un ou plusieurs partenaires dont l'ISNIH se porte garant de la qualité des services et produits proposés.

L'objectif de l'ISNIH et des internats est de potentialiser la force de représentativité de son réseau pour discuter des meilleures offres pour les internes.

L'ISNIH rassemble les volontés et les besoins des internes, par la voix de leur internat membre, pour trouver le partenaire le plus enclin à répondre à leurs demandes.

La force de l'ISNIH est sa capacité de diffusion d'informations à tous les internes de France.

Enfin, nous remplissons des transversales, tout aussi importantes, comme :

- Relation avec le Conseil National de l'Ordre des Médecins
- Relation avec la presse : Porte-parole de l'ISNIH
- Relation avec les associations nationales de spécialité
- Relation avec le PWG (Permanent Working Group of European Juniors Doctors, Fédération Européenne, regroupant les syndicats nationaux de jeunes médecins les plus représentatifs de chaque pays de l'UE)
- Grippe A H5/N1

Travailler à l'ISNIH

Pour un interne, c'est une véritable expérience à ne pas manquer !

L'internat est long et compliqué. Il est chronophage à bien des égards et risque parfois de plonger l'interne dans un confinement lié à sa discipline.

L'ISNIH, c'est l'ouverture d'esprit et le travail collaboratif en équipe.

Devenir membre de l'Assemblée Générale de l'ISNIH, c'est devenir acteur des choix qui nous concernent (maquettes de formation, rémunérations, temps de travail, gardes, astreintes...) et des choix qui conditionneront notre avenir professionnel (installation, exercice médical, négociations conventionnelles...).

Etre membre, c'est une occasion professionnelle unique de plonger au cœur des décisions de santé publique. En étroite relation avec les tutelles, les institutions, le cabinet du Ministère en charge de la Santé et de l'Enseignement supérieur et de la Recherche, les élus du Bureau sont amenés régulièrement à porter l'avis des internes dans les commissions qui nous concernent.

Ce travail d'équipe est le fruit d'une interaction forte entre le bureau de l'ISNIH et l'Assemblée générale.

Un exemple de cette richesse d'activité, c'est notre participation au titre de membre permanent de la Commission Nationale de l'Internat et du Post-Internat (CNIPI). Cette commission est née de l'initiative argumentée des internes qui se souciaient de voir exister une commission, à l'union du ministère de la Santé et de l'Enseignement Supérieur, qui s'occupe enfin de la qualité de notre formation (stage, cours, maquettes, adéquation d'internes et de postes d'assistants/chefs de cliniques).

L'ISNIH, c'est l'occasion de défendre vos idées pour moderniser notre enseignement de la médecine. L'ISNIH, c'est enfin la seule voie qui vous amène à être écouté, comprendre et appréhender le rôle et la place de notre métier de médecin dans notre société.

L'ISNIH s'intéresse à tout ce qui nous intéresse et n'attend que vous pour défendre vos projets.

Pour le bureau de l'ISNIH,

Jean-Christophe FAIVRE, Président de l'ISNIH

Yohann RENARD, Premier Vice-président de l'ISNIH

Contacts :

Marianne LAFONT

Secrétariat de l'ISNIH

17, rue du Fer-à-Moulin

75005 Paris

Téléphone : 01 45 87 25 89

Télécopie : 01 45 35 45 92

Email : secretariat@isnih.com

LES NOUVEAUX OUTILS DE L'ISNIH



LES NOUVEAUX SUPPORTS de l'ISNIH



La communication, tout un concept !

Concept qui peut être très vague s'il n'est pas précisé dans quels buts et par quels moyens celle-ci va se mettre en place. Cet article va, je l'espère, vous permettre de mieux saisir le pourquoi de la création de ce nouvel organe à part entière dans la structure de votre inter-syndicat national.

Le déclic

La communication au sein de l'ISNIH n'est pas nouvelle, elle est intrinsèque à chaque structure représentative qui plus est lorsque celle-ci est nationale. Et pour être plus précis elle se divise en trois niveaux.

Le bureau : envers les membres du bureau qui au jour le jour traitent des sujets dont ils ont la charge et coordonnent leurs actions pour une avancée des dossiers la plus optimale possible.

L'assemblée générale : de l'ISNIH envers l'assemblée générale. Celle-ci au passage est constituée de vos représentants (syndicat ou association) au local, qui se réunissent régulièrement au siège de l'ISNIH (17 rue du Fer à moulin, Paris) pour débattre des sujets qui font l'actualité et faire remonter les différents problèmes que peuvent connaître les internes en France dans leur pratique de tous les jours.

Les internes : de l'ISNIH envers les internes directement ; et c'est justement là que le bas blesse ! Et pourtant ce n'est pas faute de travail. Prenons quelques exemples « visibles » : **AVM** (ndl : A Venir Médecin) toute une revue faite par les internes pour les internes que vous êtes en train de lire actuellement (enfin je l'espère !) et oui c'est du « made in ISNIH ». Les rencontres de l'ISNIH, c'est votre congrès « made in ISNIH ». Le **guide des villes et des spécialités**, que vous avez certainement feuilleté lors de votre D4, je vous le donne en mille : « **c'est made in ISNIH !** »

Et bien me direz vous, tout va bien ! Oui mais pas assez ! Les internes, vous n'êtes que peu nombreux à nous connaître. Comment avancer une telle chose, tout simplement en se basant sur un sondage réalisé en mai dernier sur un panel représentatif (en année, sexe et spécialité) de plus de 100 internes (ci-joint).

Celui-ci montre bien des internes qui pour une grande majorité (63%) ont déjà entendu parler de l'ISNIH certes, mais très peu (27%) peuvent dire quelle est la signification du terme ISNIH... (pour rappel il s'agit bien de l'**Internat**)

www.isnih.com

Facebook : ISNIH groupe

Twitter : ISNIHtwit

Votre Congrès du 21 octobre : www.rencontresisnih.fr

L'application iphone pour bientôt ...

Syndicat National des Internes des Hôpitaux). 50% pensent que l'ISNIH représente également les chefs de clinique et les assistants (or il s'agit de l'ISNCCA), ils sont 84% à ne pas savoir quels sont les sujets traités par l'ISNIH, même s'ils reconnaissent bien que cette structure a un intérêt dans leur pratique actuelle ou future. Niveau comparaison, le mètre étalon a été la structure qui nous a tous représenté lorsque nous étions externes c'est-à-dire l'ANEMF. Pour la grande majorité (55%) la visibilité et la connaissance de l'ISNIH est moindre... Mieux encore saviez-vous que vous faites parti des 29% d'internes qui connaissent la revue AVM et que parmi vous une personne sur trois pense que l'ANEMF la coédite avec votre structure qu'est l'ISNIH. Je sens que vous commencez à voir où je veux vous emmener...

Quelle définition donner au terme représentativité à une structure qui n'est pas connue par ceux qu'elle représente ?... que nous soyons bien d'accord tout de suite avec les termes employés, il ne s'agit pas de la légitimité de l'ISNIH, qui l'est plus que jamais. Légitime à tout point pour les dossiers qu'elle traite au jour le jour pour la défense des internes (inter-chu, années recherche, post-internat, rémunération de l'interne, formation... et j'en passe).

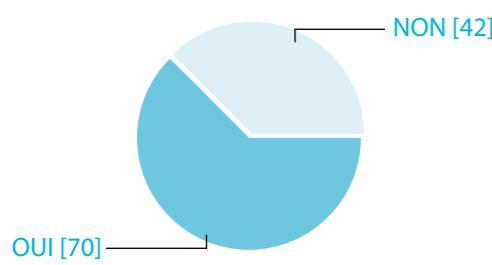
Comment ?

Comment faire pour que l'ISNIH structure légitime soit mieux connue, consultée et utilisée ?

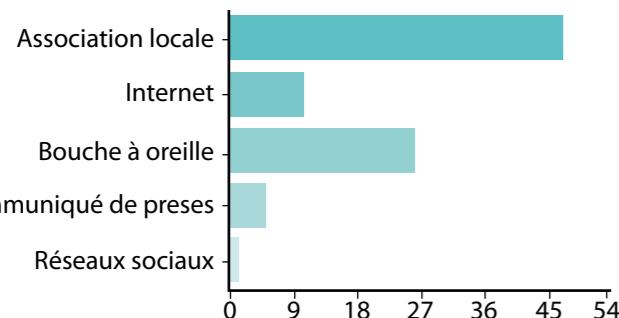
Même si cet organe est neuf il existe des pistes. Pistes qui demandent votre participation « citoyenne » pour se développer et porter leurs fruits. Le plus simple est quand même, ne nous le cachons pas, le bouche-à-oreille (rien n'a été fait de mieux depuis 2000 ans !) mais également bien sûr la toile ! Et là de nombreuses **voies s'ouvrent à nous** :

ENQUÊTE AUPRÈS DES INTERNES DE SAINT ETIENNE

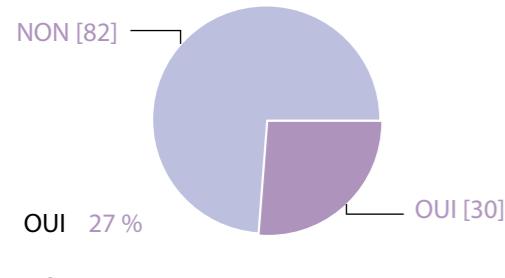
1) Connaissez-vous l'I.S.N.I.H ?



Si oui par quel biais en avez vous eu connaissance ?



2) Connaissez-vous la signification du terme I.S.N.I.H?



3) Connaissez-vous les sujets que traite actuellement I.S.N.I.H?

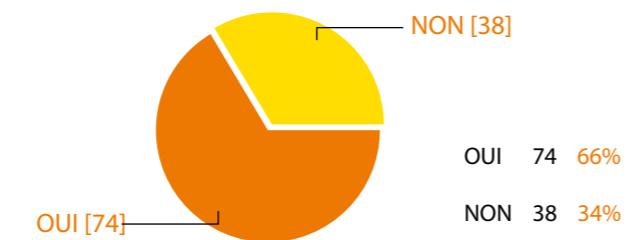
OUI 16%

NON 84%

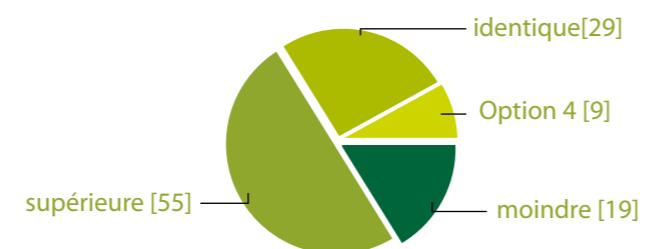
Si oui le (s) quel (s) ?

Négociations conventionnelles, CNIPI, financement des postes d'ASR, la réforme de la filière universitaire.

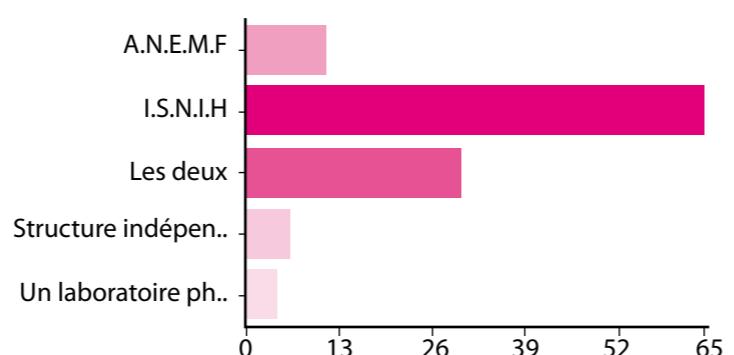
4) Pensez-vous que l'I.S.N.I.H vous apporte quelque chose dans votre pratique de tous les jours (actuelle ou future) ?



5) Vous diriez que votre connaissance de la structure « A.N.E.M.F » est par rapport à l'I.S.N.I.H :



6) La revue AVM est éditée par



Les personnes peuvent choisir plus d'une case, donc les pourcentages peuvent s'élever à plus de 100%

• ISNIH.com :



venez découvrir notre nouveau site internet, qui sort à peine de son œuf et qui au jour le jour se regorge d'informations

sur votre vie d'intern. Le coté hospitalier, le coté universitaire, les actualités médicales, les informations au local et celles de vos spécialités. Nous vous engageons vivement à vous inscrire dès maintenant ! Vous aurez accès à une base de données unique sur votre internat (stages, formation, évaluation, salaire, garde, astreinte, les contacts de votre ville et/ou de votre spécialité, le nombre d'inter-chu, d'année recherche et comment réaliser tel ou tel dossier,...). Et oui rien que ça !

• Le Forum :



également présent sur isnih.com, il vous permettra d'échanger sur les sujets brûlants de l'actualité, donner votre avis et réagir à chaud aux questions et/ou remarques de vos co-internes de France et de Navarre.

• Les réseaux sociaux :

Facebook (ISNIH groupe) et twitter (ISNIHtwit) - Nous vous engageons à vous y inscrire et à ajouter vos collègues internes et chefs à ceux-ci. Dans le but d'une meilleure diffusion de l'information et des décisions qui parfois demandent une réactivité importante de votre part.



• L'application iphone :

en cours de préparation et bientôt disponible sur l'*Apple store*, elle vous permettra de connaître en temps réel les dernières infos sur l'ISNIH, votre ville et votre spécialité. Véritable outil au quotidien quel que soit vos interrogations.



Sans oublier la rubrique « **VDM** » (vie de merde mais version interne) qui saura nous en sommes sûrs vous faire sourire en partageant les péripéties parfois hilarantes de vos collègues internes chaque jour. Rubrique que vous pourrez

enrichir de vos anecdotes. Et pour rester dans le coté détente vous aurez également la possibilité de découvrir « **la photo du jour** » choisie par les modérateurs de l'application parmi celles que vous nous enverrez. Nous devinons déjà où certaines d'entre elles vont finir... ☺

• La mailing list « actualités médicales » :

vous aurez la chance d'avoir un mail qui résumera l'actualité médicale et plus largement scientifique et ce gratuitement (et oui c'est l'ISNIH qui offre!). Et ce avec une fréquence mensuelle afin de ne pas surcharger votre boîte mail, qui est déjà bien assez pleine de publicité et autre spam.
(Vous pouvez en découvrir un aperçu dans ce numéro p 52)

• L'affichage « l'ISNIH vous informe » :

projet à moyen terme d'affichage dans vos internats de plaquettes présentant les dossiers traités par l'ISNIH (qui vous concernent directement ou vous concernez très rapidement), les grands rendez-vous, les élections et dates des Assemblées générales...



So what ?

Comme vous le voyez l'ISNIH a compris que pour se prétendre structure « représentative » de plus de 7000 internes il ne suffit pas seulement d'être connu des tutelles et des ministères. Le plus important est de l'être par ceux et celles qu'elle représente au quotidien : c'est-à-dire vous !

Tous ces outils dynamiques et informatifs se mettent en place doucement mais sûrement. Et la SEULE manière pour que ceux-ci vous soient profitables de façon optimale, c'est d'y adhérer et de les faire vivre : questionnez, répondez, parlez-en autour de vous, émettez vos critiques (les remarques positives sont aussi les bienvenues), faites diffuser l'information. Cette information qui tôt ou tard vous sera, nous en sommes persuadés, profitable.

Alors à vous de venir profiter et partager avec nous sur l'ensemble des plateformes qui vous sont proposées.

A vos claviers et Merci.

Malik Baroudi,
Vice président de l'ISNIH
Interne en anesthésie réanimation,
CHU de Saint Etienne



L'EJD-PWG ET LES Spécialités | Késako ?

L'European Junior Doctors Permanent Working Group (EJD-PWG) est l'organisation médicale en charge de représenter les Jeunes Médecins Européens. Au cours du dernier quart de siècle, l'EJD est intervenu activement dans la défense des professions médicales en Europe avec pour objectif la contribution au développement des travaux, l'éducation et la formation des médecins Juniors.

L'Union Européenne des Médecins Spécialistes (UEMS) est l'organisation médicale représentant les médecins spécialistes en Europe. Elle est composée de Conseils, Sections, Boards et du Conseil Européen d'Accréditation de la Formation Médicale Continue (EACCME). Ses principales compétences relèvent du domaine de la formation post-doctorale (3ème cycle), du développement professionnel continu et de la qualité des soins spécialisés.

La collaboration entre l'EJD et l'UEMS existe depuis plusieurs années sous la forme d'accords formels et informels au profit de la qualité de la formation médicale des médecins Juniors Européens.

A l'occasion du cinquantième anniversaire de l'UEMS, EJD et UEMS ont souhaité renouer et renforcer leur partenariat de la façon suivante :

Représentation de l'EJD aux Sections Spécialistes de l'UEMS / Boards Européens / Comités Jointes Multidisciplinaires (Sections/Boards/MJCs)

L'UEMS accueille la participation d'un représentant médecin Junior nommé par le PWG dans l'EACCME et éventuellement d'autres groupes créés dans la structure UEMS qui sont liés à la formation médicale post-doctorale. L'entrée du médecin en formation dans les domaines de la formation médicale post-doctorale est ainsi considérée

Cet article, repris du memorandum 2008 PWG, souligne les domaines prioritaires de collaboration entre l'EJD-PWG et l'UEMS. Il ne mérite en aucun cas d'être pris comme une finalité mais vu, à l'inverse, comme point de départ pour de futurs projets.

Géraldine Béra,
Pour l'EJD-PWG – Secrétaire Générale Adjointe de l'ISNIH
interne en médecine nucléaire à Lilles

comme d'une importance primordiale pour les deux institutions.

Participation des représentants du PWG des Sections UEMS / Boards / MJCs aux visites d'accréditation des centres de formation médicale post-doctorale

EuroMedMobility

EuroMedMobility est un projet commun EJD/EMSA (European Medical Students' Association) qui a pour objectif d'améliorer la mobilité des médecins en formation en Europe, augmentant ainsi la diversité de formation pour l'ensemble des professions médicales.

Le PWG et l'UEMS reconnaissent l'importance des programmes de formation pour la Formation Médicale Continue et l'excellence dans la pratique médicale, de promouvoir l'enseignement des meilleures pratiques ainsi que les relations de collaboration entre collègues. Ainsi, les deux organismes défendent la nécessité de faciliter les moyens d'accès aux informations nécessaires aux médecins Européens, relatives aux programmes de formations en vue d'améliorer leur formation et la pratique de leur profession/ spécialité.



L'ORDRE DES MÉDECINS

Tout au long de notre carrière, nous allons rencontrer l'Ordre des Médecins dans notre pratique quotidienne et parfois, sans nous en rendre compte... Faisons donc un rapide tour de cette institution qui nous semble souvent si lointaine et méconnue.



des autorisations d'installation des médecins et le contrôle des libellés des plaques et des mentions sur l'annuaire et les ordonnanciers.

- L'Ordre a une fonction de surveillance des conditions d'exercice de la profession, fonction qui fait de lui, organisme strictement professionnel, le gérant d'un service public : les conseils départementaux ont ainsi un rôle majeur dans la permanence des soins. Pour exemple, ils ont été très favorables à la création des maisons médicales de garde et à la régulation par des médecins généralistes dans les Centre 15.

- **Rôle juridictionnel :** les médecins qui ne respectent pas les principes de dévouement, de compétence ou de moralité comparaissent au sein des « chambres disciplinaires de première instance », présidées par un magistrat nommé par le vice-président du Conseil d'Etat, pour être jugés et éventuellement sanctionnés par leurs pairs, qui siègent au sein du conseil régional, connaissant bien les problèmes soulevés par les malades ou par l'exercice de la profession. L'appel est réalisé auprès de la « chambre disciplinaire d'appel » du Conseil national, présidée par un conseiller d'Etat de haut rang. Les recours en cassation peuvent être formés devant le Conseil d'Etat.

- **Rôle d'entraide :** L'Ordre est aussi un compagnon, de la thèse jusqu'à la retraite, en mettant à disposition des professionnels de santé des outils professionnels, des conseils juridiques et des informations sur les nouvelles formules d'installation.

Source de conseils pour accompagner et prévenir, nous sommes encouragés à prendre contact avec les conseillers ordinaires départementaux pour toute question relative aux certificats médicaux, à un litige avec un patient, aux assurances (prévoyance) à ne pas oublier avant de s'installer...

Organisations loco-régionales

- 103 Conseils départementaux regroupent 3700 conseillers, élus par leurs pairs pour une durée de 6 ans. Le renouvellement s'effectue par moitié tous les trois ans. C'est le Conseil départemental qui perçoit les cotisations annuelles (295€)

versées par tous les médecins inscrits puis qui les répartit entre les différents échelons (155€ au départemental, 35€ au régional et 105€ au national).

- Les 24 Conseils régionaux sont composés chacun d'environ 12 membres titulaires et 12 suppléants qui sont élus par les conseillers ordinaires départementaux.

- Le Conseil National est composé de 54 conseillers ordinaires nationaux qui constituent la Commission Nationale Permanente au sein de laquelle est élu un bureau dont l'actuel Président est le Dr Michel LEGMANN, radiologue dans les Hauts-de-Seine.

Marine Compan Malet,
interne en médecine générale, Montpellier.



INTERVIEW du Docteur Isabelle BOHL, GYNÉCOLOGUE-OBSTÉTRICIEN EN LORRAINE, & PRÉSIDENTE de la COMMISSION JEUNES MÉDECINS au CNOM



1. Quelles sont les origines de la commission jeunes médecins ? Quand, par qui et dans quel but a-t-elle été créée ?

Crée en 2003, sous le nom de *Cellule jeunes médecins*, le Docteur Ducloux, Président du CNOM déclarait : « la cellule jeunes médecins qui a été constituée, correspondait à mon rêve d'intégrer les jeunes, qui représentent l'avenir de la médecine ».

En Décembre 2005, cette cellule a pris le nom définitif de « Commission mixte CNOM/Jeunes médecins » sous la présidence du Professeur Jacques Rolland, nouveau Président du CNOM, qui rappellera à cette occasion la fonction et les missions de cette Commission : « cette rencontre avec les représentants des jeunes médecins sera l'occasion d'échanger sur leurs préoccupations, d'apprendre à leur contact, et nous enrichir mutuellement... Il s'agira également de leur transmettre l'état de nos réflexions en matière de déontologie ».

Le Docteur Michel Legmann, actuel président du CNOM, très vigilant sur la liberté d'installation, a encouragé la commission pour son travail de réflexion déontologique à propos du compagnonnage.

La commission a donc pour objet de rassembler les constats, réflexions et propositions des diverses structures représentatives des étudiants en médecine, des internes et des jeunes diplômés ; de procéder à un échange entre le Conseil national et ces structures.

Elle prépare un rapport d'activité et des propositions qu'elle présente au cours d'une session.

2. Comment sont désignés les membres « non jeunes » de la Commission ?

Article 18 -2 « La Commission « jeunes médecins » est un groupe de travail rattaché à la section santé publique et démographie médicale.

Elle comprend un Président et huit membres élus par le Conseil national lors de la composition des sections, délégations et commissions après l'élection du Bureau et huit autres membres (un représentant par structure nationale représentative des étudiants en médecine, des internes, des chefs de clinique et des jeunes diplômés).

Les conseillers ordinaires présentent leur candidature pour être membres de ladite commission : ils sont élus en Assemblée Plénière ; il en est de même pour la présidence.

3. Question plus personnelle, comment êtes-vous devenue Présidente de la Commission ? Quel a été votre parcours au Conseil de l'Ordre ?

Après 13 ans d'installation en libéral dans une spécialité à « haut risque », la gynécologie obstétrique, je me suis présentée aux élections du conseil départemental de l'ordre des médecins de la Moselle en 2002. Élue conseillère puis vice-présidente en 2004, l'intérêt pour le travail ordinal m'a conduit à briguer les élections du conseil national avec le très grand soutien de l'ensemble des membres du conseil.

Depuis 2010, j'ai donc l'honneur de succéder au docteur Patrick Bouet à la présidence de la Commission jeunes médecins, en respectant au mieux la philosophie instaurée par le très regretté Docteur Jean-Claude Sarrey, premier animateur de la commission.

4. Les jeunes (externes et internes) ne sont pas membres du Conseil de l'Ordre. Pourtant, nous sommes impliqués dans la commission jeunes médecins. Que peuvent apporter les jeunes au CNOM ? Que pensez-vous de la création de telles commissions au niveau Régional ?

La participation des étudiants en médecine et des internes non inscrits au tableau de l'ordre au sein de la commission est un élément essentiel de la politique de communication du CNOM qui vise à une meilleure connaissance de l'institution en montrant ses différentes facettes, la fonction disciplinaire étant malheureusement souvent la plus connue.

La parité entre conseillers élus et représentants des syndicats des jeunes est parfaitement respectée pour des débats riches et équilibrés. La jeune génération permet le débat contradictoire sur les nécessaires évolutions du métier.

Une commission jeunes médecins au niveau régional ne semble pas utile dans l'immédiat et ce pour trois raisons :

- les conseils départementaux ont de longue date mis en place une politique de communication active en direction des étudiants : d'une part en proposant des cours de déontologie pratique à la faculté et d'autre part en participant à l'accueil de nos futurs consœurs et confrères en 2eme année (remise du code de déontologie ou d'un stéthoscope par exemple)
- le conseil de l'ordre, aux côtés des étudiants et des internes, participe au conseil de gestion de la faculté, ceci permet mensuellement de réfléchir sur le plan régional à l'avenir de la profession.
- la mise en place des ARS depuis la loi HPST a renforcé les échanges avec l'organisation de forums réunissant tous les acteurs de la profession dont le conseil de l'ordre.

5. Les membres du CNOM présents à la commission sont essentiellement des hommes. Quelle est la place des femmes au Conseil de l'Ordre (tous niveaux confondus) ? Est-ce un manque de candidates : pour cause de temps, de disponibilité ?

De 2003, date de création de la cellule jeunes médecins, à 2009, le Conseil National ne comptait qu'une seule femme conseillère ordinaire, le Docteur Irène Kahn Bensaude.

L'ont rejoints en 2010, 3 autres conseillères :

- Madame le Docteur Parrenin
- Madame le Docteur Rossan Lumbroso
- Madame le Docteur Bohl

Il y a donc aujourd'hui 4 femmes et 50 hommes conseillers ordinaires ; ce qui est finalement une progression de 400%... soyons optimiste...

La féminisation de la profession devrait entraîner une mixité

naturelle de l'institution et je n'adhère pas à l'idée reçue concernant une éventuelle opposition aux femmes.

Leur représentation au sein de l'institution dépendra de leur envie, de leur détermination et de leur volonté de s'investir dans un travail ordinal à un moment de leur carrière.

Peu d'élues car peu de candidates, alors qu'en pratique une candidature féminine n'est pas un handicap, loin s'en faut, mais plutôt une chance car souvent bien accueillie.

Nos confrères conseillers ordinaires ont parfaitement conscience de la nécessité d'échanger et d'évoluer sur des modalités d'exercice.

L'expertise de chacun est utile à la réflexion déontologique, les médecins du sport pour les questions concernant le dopage et les médecins femmes pour la difficile réflexion sur la gestation pour autrui, par exemple.

Le manque de candidates est bien sûr lié à l'obligation pour nos consœurs de concilier vie familiale et vie professionnelle, mais ceci évolue car avec le temps et avec l'âge on peut dégager du temps libre à consacrer au travail ordinal.

6. Une dernière question d'actualité : l'installation. D'après les derniers chiffres publiés par l'Ordre, on ne constate que très peu d'installations lors des premières années d'exercice. Quels sont les axes sur lesquels le CNOM pourrait travailler ? Selon vous, de quels leviers dispose le CNOM pour aider à la promotion de l'installation ?

Toute l'action ordinale en général et celle de la commission jeunes médecins en particulier sont tournées vers l'avenir de la profession pour favoriser l'installation. En veillant à :

- combattre toutes mesures coercitives
- préparer un guichet unique pour les démarches administratives.
- accueillir des jeunes médecins, nouvellement thésés, quotidiennement dans les conseils départementaux pour leurs donner les clefs d'une installation « sécurisée »
- poursuivre un travail d'explication du code déontologie auprès des plus jeunes pour à la fois dédramatiser et éviter les accidents professionnels.
- améliorer les outils de communication (site internet du CNOM, guide jeunes médecins).

Interview du Docteur Isabelle BOHL,
par Marine Compan Malet, interne en médecine générale,
Montpellier.



LES NÉGOCIATIONS CONVENTIONNELLES

Les « négociations conventionnelles ». Cette locution a agité la presse médicale ces derniers mois, avant de trouver son dénouement au cœur d'un morne été 2011.

De quoi s'agissait-il vraiment ? Quelles en étaient les enjeux ? Que faut-il retenir pour nous, internes en médecine ? Cet article se propose d'essayer de vous donner quelques éléments de réponse.

Qu'est-ce que la convention médicale ?

La convention médicale est un accord qui lie les médecins libéraux à l'assurance maladie. Pour faire simple il s'agit d'un contrat (opposable) qui précise les droits et les devoirs de chacune des parties. Cette convention est signée d'une part par l'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie (UNCAM, qui regroupe la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés, la Mutuelle Sociale Agricole et le Régime Social des Indépendants), et de l'autre par les syndicats représentatifs des médecins libéraux (la légitimité de ces derniers étant jaugée par les résultats qu'ils obtiennent aux élections au sein des Unions Régionales des Professionnels de Santé, URPS).

L'objet de cette convention est de régir les rapports entre les médecins libéraux et les caisses d'assurance maladie, à tous les niveaux : montant de la consultation, modalités d'exercice, accessibilité aux soins, modalités de transmission des données...

Ce document est supposé être signé tous les 5 ans environ, toutefois il est possible d'y apporter des modifications en cours de route, grâce au système des « avenants » qui sont en quelques sortes des ajouts ou suppression de certaines parties du texte, sans toucher au reste du document.

Il faut bien comprendre que les intérêts des parties en présence sont à première vue divergents :

l'Assurance Maladie veut faire des économies, les médecins veulent revaloriser leurs revenus. Tout l'art de la négociation vise à faire coexister ces deux points de vue en apparence inconciliables.

En quoi la convention médicale intéresse les internes, alors qu'ils ne sont pas encore des praticiens libéraux ?

Certains éléments qui sont discutés et actés dans la convention nous concernent directement, que ce soit maintenant ou alors dans un avenir proche. Les questions de répartition des médecins sur le territoire, le statut des médecins remplaçants, les conditions d'accès au secteur 2... sont autant de sujets évoqués lors des négociations conventionnelles et qui auront un impact immédiat sur les internes.

Négociations conventionnelles 2011 : Le déroulement des faits.

Il faut bien comprendre que les enjeux politiques et financiers en présence lors de ces réunions sont très importants. Les structures de jeunes médecins (ISNIH, ISNAR-IMG, ANEMF, INSCCA, SNJMG...) en ont fait les frais lors du début des discussions. Les choses sont simples à expliquer : nous souhaitons pouvoir assister aux réunions afin de pouvoir réagir plus rapidement si certaines mesures allant contre nos intérêts avaient été discutées lors des débats. Malheureusement notre présence a servi aux syndicats de médecins seniors de casus belli pour déterrer à nouveau la hache de guerre. Après force discussion et pédagogie de notre part les choses ont fini par rentrer dans l'ordre, les débats ayant pu avoir lieu en pleine lumière et notre présence finalement tolérée.

Quelles sont les principales mesures qui ont été votées lors de cette convention ?

Ce projet de convention d'une centaine de pages sans les annexes, reprend l'ossature de la convention de 2005 en confortant le parcours des soins coordonnés, et ajoutant à la structure de rémunération des médecins un volet récompensant la performance en fonction de l'atteinte

d'objectifs « de santé publique ».

Le Paiement à la performance :

Le dispositif repose sur le suivi d'indicateurs gradués en nombre de points, portant sur l'organisation du cabinet et la qualité du service d'une part (400 points), et de la «qualité de la pratique» (objectifs de santé publique) d'autre part (900 points).

Un médecin remplissant la totalité des objectifs peut espérer quelque 9.100 euros par an, pour une patientèle moyenne de 800 assurés.

Parmi la première série d'indicateurs, figurent notamment la mise à disposition de justificatifs témoignant de l'utilisation de la tenue d'un dossier médical informatisé, de l'utilisation d'un logiciel d'aide à la prescription, d'outils permettant la télétransmission et l'utilisation des téléservices et, pour le seul médecin traitant, la mise à disposition d'une fiche de synthèse pour les patients.

Les indicateurs de santé publique concernent le suivi des pathologies chroniques (diabète et hypertension artérielle), la prévention, et la maîtrise médicalisée des prescriptions, avec des objectifs à atteindre sur la patientèle en termes de vaccination, de dépistage, de prescription du générique, etc.

Le point de vue des auteurs : Le passage au paiement à la performance était très attendu. La France est un pays très en retard à ce niveau là. A nos yeux cette mesure est une avancée assez positive pour introduire plus d'efficience dans le système, car une partie des économies réalisées par les médecins leurs reviennent sous forme de salaire.

Le secteur optionnel :

Le texte inclut également, le déploiement du secteur optionnel pour trois spécialités utilisant les plateaux techniques lourds (anesthésie, chirurgie et gynécologie-obstétrique). Les spécialistes qui opteraient pour ce secteur devraient réaliser un minimum de 30% d'actes en tarifs opposables, des compléments d'honoraires pouvant être pratiqués sur l'activité restante à raison d'un maximum de 50% du tarif opposable par acte, en échange notamment d'engagements en termes de lisibilité des honoraires et de qualité des soins et des pratiques professionnelles.

Ce nouveau secteur d'exercice serait mis en place pour une durée initiale de trois ans, au bout de laquelle sa généralisation à d'autres spécialités pourrait être envisagée si le bilan effectué à cette occasion est positif.

Le point de vue des auteurs : Le fait que le secteur 2 n'ait pas été attaqué est une bonne nouvelle. Toutefois, on fait une fois de plus passer le problème des dépassements d'honoraires comme central. Dans les faits cette question reste marginale et ce secteur optionnel reste une mesure politique et populiste. De plus ce désengagement de l'Assurance Maladie Obligatoire dans la rémunération des médecins soulève de nombreuses inquiétudes : si cela devait se généraliser, à terme les choses aboutiraient à une privatisation partielle du système. Vigilance donc...



Les mesures concernant l'installation et la démographie médicale :

Les schémas régionaux d'organisation des soins (SROS), définissent les zones sous-méicalisées. Dès l'entrée en vigueur de ces nouveaux schémas, une nouvelle option «démographie» serait instituée pour les médecins exerçant dans un cadre regroupé ou au sein de pôles de santé et assurant les deux tiers de leur activité dans les zones identifiées comme sous-dotées en médecins.

Le médecin choisissant l'option s'engage à exercer au même endroit et à ne pas cesser son activité pendant trois ans, en s'engageant à participer à la permanence des soins.

En contrepartie, il bénéficie d'une aide forfaitaire annuelle à l'investissement (5.000 euros par an s'il exerce en groupe, 2.500 euros s'il exerce en pôle de santé) et d'une aide à l'activité correspondant à 10% de son activité clinique (consultations et visites), plafonnée à 20.000 euros par an s'il exerce en groupe (5% et 10.000 euros pour l'exercice en pôle).

Le projet prévoit également la **création d'un contrat santé solidaire pour l'exercice ponctuel en zone sous-dotée en médecins**, institué par l'article 43 de la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires (HPST).

L'option « santé solidarité territoriale », ouverte pour trois ans aux généralistes, prévoit un engagement à exercer en zone sous-médicalisée pendant 30 jours par an minimum (contre 45 initialement), en contrepartie de la prise en charge de leurs frais de déplacement et d'une rémunération complémentaire correspondant à 10% de leur activité (consultations et visites) dans la limite de 20.000 euros par an.

Le point de vue des auteurs : On constate une fois de plus qu'on « tourne autour du pot », ces mesures même si elles restent incitatives commencent à constituer la trame de fond autour de laquelle le piège commence à se refermer... Il est bien évident que la stratégie de l'exécutif et du législatif est de proposer le plus de mesures incitatives en amont, pour se justifier de la mise en place de mesures coercitives dans un deuxième temps, soutenues par un argumentaire bien connu : « On a mis en place des mesures incitatives, mais cela n'a pas marché... ».

Revalorisation de certaines spécialités cliniques :

L'accord prévoit des revalorisations pour cinq spécialités cliniques dont l'activité a subi l'impact du parcours de soins coordonnés déployé par la convention de 2005 : la dermatologie, la pédiatrie, la psychiatrie, la gynécologie médicale et l'endocrinologie.

Sont ainsi prévues pour les dermatologues la création d'une consultation spécifique pour le dépistage du cancer cutané (2C, soit 46 euros) et la facturation simultanée des biopsies cutanées, tandis que le forfait sécurité dermatologie (FSD) est porté de 35 à 40 euros.

Pour les pédiatres, l'accord harmonise les tarifs des trois consultations obligatoires donnant lieu à certificat médical (huitième jour, neuvième mois, 24ème mois), en les alignant sur celui de la consultation du huitième jour, pour laquelle les praticiens pouvaient coter une majoration de 5 euros (MBB).

Ils bénéficieront également d'une consultation spécifique entre la sortie de la maternité et le 28ème jour, sur la base de recommandations de la HAS de novembre 2005 sur la préparation à la naissance et à la parentalité. Elle sera cotée 38 euros pour les praticiens de secteur 1 et 35 euros pour les praticiens de secteur 2.

Enfin les pédiatres de secteur 1 pourront coter une majoration de 3 euros pour les enfants de 2 à 6 ans.

Le texte prévoit également que les généralistes et les gynécologues puissent coter en plus de la consultation le frottis cervico-vaginal employé dans le cadre du dépistage du cancer du col de l'utérus.

Les consultations et visites des psychiatres (CNPSY et VNPSY) sont respectivement portées à 37 et 47 euros contre 34,30 euros et 44,30 actuellement.

L'accord propose la création d'une consultation de psychiatrie effectuée dans un délai de 48 heures à la demande du médecin traitant, cotée 1,5 CNPSY (54 euros), et d'élargir les conditions de réalisation des consultations familiales en pédopsychiatrie.

L'accord propose par ailleurs pour les médecins traitants la création d'une visite longue et complexe pour les malades d'Alzheimer ou souffrant d'une maladie neurodégénérative en présence des aidants (souhaitée par le chef de l'Etat, Nicolas Sarkozy) valorisée à hauteur de 2V, soit 66 euros.

Il inclut un élargissement des possibilités de cotation de la majoration pour le spécialiste en endocrinologie et en médecine interne avec compétence en diabétologie (MCE, 10 euros).

Pour les médecins à exercice particulier (MEP), le projet revalorise le forfait de surveillance thermale (70 euros contre 64,03 euros) et le tarif de la séance d'acupuncture, qui passe de 12,5 à 18 euros.

L'accord permet par ailleurs à l'ensemble des spécialistes de pouvoir coter l'avis ponctuel de consultant (C2, 46 euros) suivie d'une consultation de synthèse cotée CS à l'issue d'examens complémentaires effectués par un autre professionnel de santé. Cela n'était auparavant autorisé qu'aux médecins dont l'activité clinique dépassait 90% de leur activité totale.

Le point de vue des auteurs : Peu choses à dire, il s'agit d'éléments assez techniques, pour votre culture générale.

Quelles conclusions tirer de tout cela?

Au total la convention médicale « cuvée 2011 » fut une expérience très enrichissante pour les syndicats d'internes. Tout d'abord le contexte dans lequel se sont déroulés les débats a été propice à une reprise du dialogue avec nos confrères représentant les médecins libéraux. Dans l'époque actuelle il est plus que jamais indispensable que nos liens se renforcent face aux menaces qui pèsent sur nous. Ensuite nous avons pu nous apercevoir de l'étendu du chemin qu'il nous reste à parcourir avant d'atteindre une ligne politique crédible et efficace pour défendre nos intérêts. Plus que jamais nous avons senti le vent du boulet passer très près. En cette période pré-électorale, il nous faudra plus que jamais nous doter de toutes les armes en notre possession pour réussir l'impossible : sortir indemnes de toutes les attaques que les médecins, jeunes ou vieux, vont subir de toutes parts. Le défis est à notre hauteur, à nous de nous mettre au travail, aujourd'hui, maintenant...

Guillaume DEDET
Chargé de mission pour les négociations conventionnelles
Interne des Hôpitaux de Paris en Santé publique et médecine sociale

**9 jeunes médecins
sur 10 rejettent
l'exercice
individuel isolé,
et vous ?**

Donnez-vous
les moyens **d'exercer**
autrement !



Découvrez **Le Concours médical**
la revue qui analyse
les nouveaux modes d'exercice !

**OFFRE SPÉCIALE
AVENIR MÉDECIN**

75 €

au lieu de 150 €
soit 50 % de remise

GMS ANTÉ
Global Media Santé

**LE CONCOURS
medical**

Abonnez-vous sur : egora.fr/boutique

Mentionnez le code RÉDUC : AVM



Réforme des DES et DESC

*Vers une clarification partielle de la réglementation des DES et DESC.
Nouvelles modalités pour les DES et DESC : arrêtés du 3 mai 2011*

Les arrêtés fixant la liste et la réglementation des Diplômes d'Etudes Spécialisées en médecine (DES) et les Diplômes d'Etudes Spécialisées Complémentaires (DESC) sont parus au Journal Officiel de la République Française le 3 mai 2011 avec pour date d'application le 1 mai 2011.

Ils s'apparentent plus à un « toilettage » des textes antérieurs qu'à une réelle refonte mais permettent quelques modestes avancées ou clarifications non pas sur le contenu des maquettes mais sur la réglementation y attenant :

- > L'inscription en DES se fait en quatrième semestre. L'inscription au DESC reste inchangée.
- > Une « instance d'appel » est instaurée en cas d'avis négatif du coordonnateur local à l'inscription d'un DES ou d'un DESC, élément qui clarifie un peu les choses sans aller jusqu'au fond du problème.
- > Un représentant des internes de la spécialité est présent avec avis consultatif lors de la commission pédagogique interrégionale. Elle se réunit au moins une fois par an et est chargée d'élaborer le programme pédagogique de votre subdivision pour une spécialité donnée.
- Les coordonnateurs interrégionaux risquent de changer pour certaines spécialités car les commissions interrégionales de coordination et d'évaluation seront toutes refondues à la rentrée universitaire 2011-2012.
- > Le respect des maquettes de DES et DESC est placé sous la responsabilité du Doyen.
- > Le rappel de l'obligation des enseignements théoriques et donc de la libération effective des internes de leurs activités cliniques pour aller en cours.
- > Le rappel de la mise en place des carnets de stage et de deux fiches d'évaluation de stage. Encore faut-il les construire !
- > La thèse d'exercice, avec l'accord du coordonnateur local, peut, en tout ou en partie, tenir lieu de mémoire de DES si elle porte sur un sujet de la spécialité.
- > Le rappel de la durée maximale du TCEM est fixée à deux fois la durée de la maquette de DES et/ou DESC.

Suite à la mise en place de la filiarisation, l'**inscription définitive à un DES se fait pendant le quatrième semestre du troisième cycle après AVIS du coordonnateur local** de la spécialité (et non pas ACCORD...). C'est le Directeur de l'UFR (communément appelé Doyen) qui autorise l'inscription définitive au DES.

Le texte introduit la possibilité d'une « instance d'appel » pour l'inténe en cas d'avis négatif du coordonnateur local. Le Doyen est chargé de recueillir l'AVIS du coordonnateur interrégional en cas d'avis négatif ou de la

commission pédagogique interrégionale si le coordonnateur local est le coordonnateur interrégional. Ce texte permet une modeste avancée mais ne va pas jusqu'au fond de la problématique des internes recevant un avis défavorable du coordonnateur local. L'avis du coordonnateur vaut généralement accord dans la pratique et tout est affaire de



doigté le plus souvent pour arrondir les angles en cas de désaccord.

L'inscription au DESC reste inchangée à ce jour.

Les modalités d'organisation des enseignements et de contrôle des connaissances seront revues au moins une fois par an avec pour nouveauté, la présence, avec avis consultatif, d'un interne de la spécialité, désigné par l'organisation représentative des internes en médecine.

Des précisions sont apportées sur les modalités de désignation des coordonnateurs locaux et du coordonnateur interrégional. Les commissions seront donc toutes refondues à la rentrée universitaire 2011 – 2012. Ceux-ci sont nommés, pour une durée de trois ans, par le ou les directeurs de la ou des unités de formation et de recherche de médecine de la subdivision, parmi les enseignants de la spécialité. Les coordonnateurs locaux sont chargés de donner un avis au directeur d'UFR sur le déroulement des études dans chaque subdivision.

Le coordonnateur interrégional, président de la commission interrégionale de coordination et d'évaluation du diplôme, est élu par et parmi les coordonnateurs locaux de la spécialité, pour une durée de trois ans, immédiatement renouvelable une fois.

Le respect des maquettes de DES est placé sous la responsabilité des Doyens des facultés et non plus uniquement des coordonnateurs avec notamment le respect des stages obligatoires dans les maquettes de formation.

Il est rappelé que la commission interrégionale de coordination et d'évaluation du DES propose la délivrance du diplôme de DES au cours du dernier semestre d'internat en s'enquérant en particulier de deux éléments :

- la validation de l'ensemble de la formation théorique, ce qui a pour conséquence l'obligation pour les internes d'être présents aux cours de DES et/ou DESC notamment et la libération effective des internes de leurs activités cliniques.
- La validation de tous les stages requis dans la maquette avec le carnet de stage et les deux fiches d'évaluation à l'appui. Ces documents restent à construire pour beaucoup de spécialités à ce jour, le rôle des Collèges et Sociétés savantes y sera probablement important de même que la collaboration des associations nationales de spécialités.

Autre nouveauté, le **mémoire de DES** doit porter sur un sujet en rapport avec la spécialité préalablement approuvé par le coordonnateur local sur une thématique de recherche clinique ou fondamentale **ou bien peut être constitué d'un ensemble de travaux relevant de la pratique de la spécialité**

envisagée (exemple du port folio en médecine générale). La thèse d'exercice, avec l'accord du coordonnateur local, peut, en tout ou en partie, tenir lieu de mémoire de DES si elle porte sur un sujet de la spécialité. Cette possibilité existait déjà dans certaines subdivisions, elle est aujourd'hui légalisée. Ceci n'est pas valable pour le mémoire de DESC.



Il est également rappelé que la **durée maximale du troisième cycle** est limitée à deux fois la durée du DES et/ou DESC sauf exception et par dérogation sur demande dûment motivée. Le but étant de sortir du cursus les internes « atypiques » qui ne terminent jamais leurs cursus.

Ce rafraîchissement de la réglementation des DES et DESC est donc limité mais mérite toute notre attention pour une mise en place effective dès la rentrée 2011. Pas de révolution mais quelques modestes avancées au total.

Références légales :

- arrêté du 3 mai 2011 modifiant l'arrêté du 22 septembre 2004 fixant la liste et la réglementation des diplômes d'études spécialisées de médecine.
- arrêté du 3 mai 2011 modifiant l'arrêté du 22 septembre 2004 fixant la liste et la réglementation des diplômes d'études complémentaires de médecine.
- Arrêté du 4 février 2011 relatif à l'agrément, à l'organisation, au déroulement et à la validation des stages des étudiants en troisième cycle des études médicales.
- Décret du 16 janvier 2004 modifié relatif à l'organisation du troisième cycle des études médicales.
- Arrêté du 22 septembre 2004 modifié fixant la liste et la réglementation des diplômes d'études spécialisées de médecine.
- Arrêté du 22 septembre 2004 modifié fixant la liste et la réglementation des diplômes d'études complémentaires de médecine.

Jean-Christophe FAIVRE
Président de l'ISNIH
Interne des Hôpitaux de Nancy en Oncologie radiothérapie



De l'agrément au choix de stages :

Comment s'organisent les commissions qui vous permettent de choisir vos terrains de stage ?

Depuis le 9 février 2011, un arrêté modifie les instances régionales de pilotage du 3ème cycle des études médicales. Voici un article pour vous permettre de comprendre comment s'articulent les différentes commissions.

Rappel historique :

Jusqu'à présent, existait la commission de subdivision, son rôle était double, d'une part l'agrément des terrains de stage et d'autre part l'ouverture et la répartition des postes d'internes. Ce système mettant plus l'accent sur les budgets des postes d'internes que sur la formation, il a été mis en place une réorganisation des instances régionales de pilotage du 3ème cycle des études médicales.

Qu'est-ce qui change ?

- La commission d'évaluation des besoins de formation, est créée. Son rôle est de prévoir une meilleure adaptation des stages proposés chaque semestre aux besoins des internes en cours de formation.

- La commission de subdivision est maintenue, elle garde ses 2 fonctions qui sont l'agrément (souvent appelé commission d'agrément) et la répartition des postes (souvent appelée commission d'ouverture des postes). Il est à noter que les représentants des internes disposent de nouvelles attributions (par exemple avis écrit du représentant des internes pour chaque agrément et réévaluation d'un agrément sur sa simple demande).

Quand ont lieu ces commissions ?

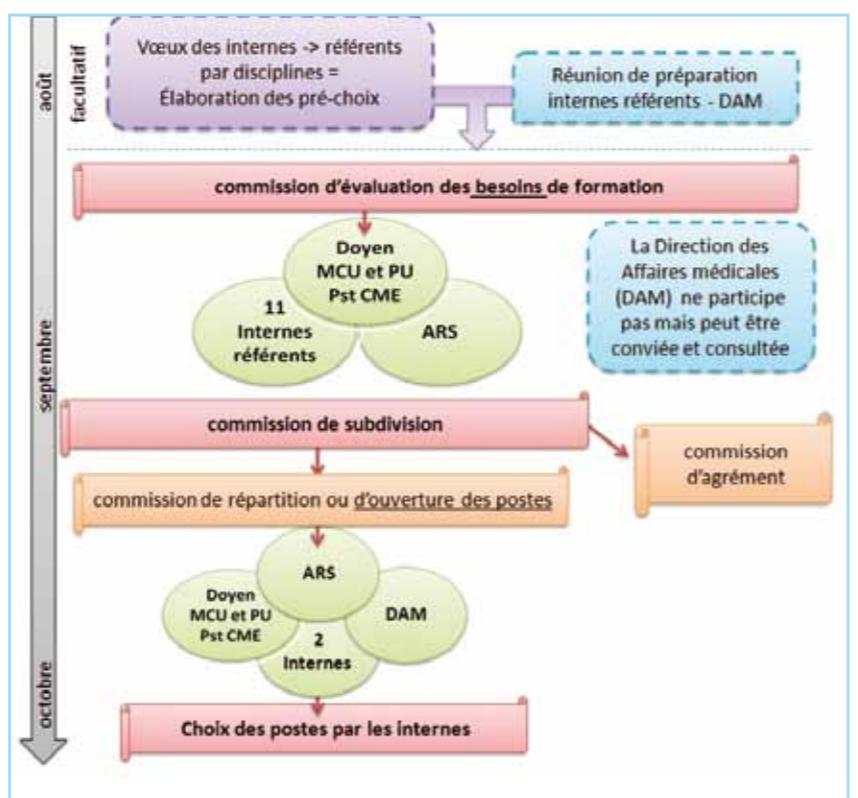
Elles se réunissent dans chaque subdivision, tous les semestres en vue des choix de stage.

D'abord la *commission d'évaluation des besoins de formation*, propose en fonction du nombre d'internes à participer au choix

dans chaque spécialité. Elle adapte le nombre de terrains de stage nécessaire aux maquettes.

Puis la *commission d'agrément* évalue les demandes d'agrément ou de renouvellement d'agrément.

Enfin, la *commission de répartition des postes* ouvre au choix des internes les stages qui ont reçu un agrément et qui sont nécessaires pour les besoins de formation. En principe afin de laisser le choix aux internes, il peut exister une certaine inadéquation (dans les faits ce n'est pas toujours le cas, si les postes sont ouverts à l'avance en fonction de la demande de chaque interne l'inadéquation n'a pas de raison d'être).



Ce système, bien qu'étant plus lourd, permet de recentrer ces commissions sur la formation et les obligations de maquettes et non pas sur les nécessités de fonctionnement des services (enfin ça c'est en théorie !).

La commission d'évaluation des besoins de formation :

Elle donne un avis au directeur général de l'agence régionale de santé (ARS) sur le nombre minimum de postes à ouvrir, chaque semestre, pour chaque discipline.

La connaissance précise du déroulement des maquettes de formation permet une meilleure adaptation des stages proposés chaque semestre en fonction des besoins des internes en cours de formation.

Elle vérifie que le nombre de terrains de stage et leur nature soient en adéquation avec les maquettes de formation de chaque spécialité.

Pour son bon fonctionnement il est indispensable de connaître le nombre exact d'internes dans chaque filière (en comptant les droits au remord, changement de pré-choix, disponibilités, surnombre, inter-CHU...), cela étant maintenant rendu plus facile par la filiarisation.

Elle est présidée par le directeur de l'UFR et est composée du directeur général de l'ARS, d'un médecin des armées, d'un enseignant pour chaque discipline, du président de la CME du CHU, d'un représentant des internes pour chaque discipline. La composition de cette commission est donc plus en faveur des internes puisque nous occupons 11 des 26 sièges (car 11 disciplines : spécialités médicales, anesthésie-réanimation, pédiatrie, gynécologie médicale, gynécologie-obstétrique, spécialités chirurgicales, médecine du travail,

Tout agrément nécessite systématiquement une visite sur site, un avis écrit du coordonnateur et du représentant des internes.

La commission de subdivision en vue de la répartition des postes d'internes :

Propose au directeur général de l'ARS, la répartition des postes offerts au choix semestriel des internes de chaque discipline. Elle tient compte de l'avis de la commission d'évaluation des besoins de formation.

Elle est présidée par directeur général de l'ARS, et est composée du directeur de l'UFR, du directeur du CHU, des présidents de la CME (1 CHU, 1 CH, 1 hôpital spécialisé en psychiatrie, 1 établissement privé), 1 médecin des armées, 1 représentant de l'union régionale des professionnels de santé par collège de médecins, 5 représentants enseignants de 5 disciplines différentes (dont 1 en médecine générale), 2 représentants des internes (dont un représentant en médecine générale), les directeurs des établissements de santé (1 CH, 1 hôpital spécialisé en psychiatrie, 1 établissement privé). Les autres membres ont une voix consultative (coordonnateurs interrégionaux, coordinateurs locaux, les représentants des internes à la commission d'évaluation des besoins de formation).

Dans cette commission de nombreux enjeux entre en compte : à la formation des internes s'ajoutent les enjeux liés à la nécessité d'internes dans les services et aux enjeux financiers...

biologie médicale, psychiatrie, santé publique, médecine générale). L'objectif de formation est la seule priorité de cette commission (il est à noter que les directeurs des hôpitaux et leurs représentants n'y siègent pas : cela évite de parler financement à la place de la formation ; cela-dit ils peuvent être invités).

La commission de subdivision en vue de l'agrément :

Elle donne un avis au directeur général de l'ARS, sur l'agrément des terrains de stage pour la formation pratique des internes. Dans ce cadre, elle réalise une synthèse des grilles d'évaluation portant sur la qualité pédagogique des stages au niveau de la subdivision. La décision finale d'agrément reste une attribution du directeur général de l'ARS.

Elle est présidée par le directeur de l'UFR et est composée du directeur général de l'ARS, du directeur général du CHU, d'un médecin des armées, de 2 enseignants, dont un de médecine générale, de 2 représentants des internes dont un représentant des internes de médecine générale.

La réforme de l'organisation du 3ème cycle des études médicales visait notamment à renforcer la qualité de la formation. Pour ce faire, les modalités d'agrément ont été renforcées.

Le choix des postes :

Dans chaque discipline les postes répartis par la commission de subdivision sont ouverts au choix des internes.

Les postes offerts pour les internes affectés à une discipline doivent être agréés au titre de cette discipline. Le choix s'effectue selon l'ancienneté puis le rang de classement à l'internat.

Lorsque l'interne choisit hors de sa discipline, il s'agit d'un stage hors filière. Il choisit alors son stage après les internes de la discipline choisie ayant la même ancienneté et quel que soit son rang de classement.

Réunion de préparation aux choix:

Cette réunion officielle (qui n'a pas lieu dans tous les CHU), à l'initiative des affaires médicales réunit l'ensemble des représentants des internes par disciplines afin de faire une projection du nombre de postes demandés dans les services du CHU, du nombre de disponibilités, de surnombres.

Cédric Luyton

Vice-président de l'ISNIH
interne en Endocrinologie, Diabétologie et Maladies métaboliques à Lyon



Le TEMPS DE TRAVAIL des INTERNES EN MÉDECINE RÉGLEMENTÉ

Le décret du 10 août 2011 modifiant certaines dispositions relatives au troisième cycle des études médicales a permis de mettre en conformité le statut des internes avec la législation européenne concernant le temps de travail.

Ce que les textes changent...

Les obligations de service sont fixées à **11 demi-journées par semaine** comprenant :

- 9 demi-journées par semaine d'exercice effectif sur le terrain de stage sans que la durée effective de travail **dépasse 48 heures par semaine gardes comprises**. Cette durée est **moyennée sur 4 mois**.

- 2 demi-journées universitaires par semaine regroupées selon les nécessités de l'enseignement suivi et cumulées dans la limite de 12 jours sur un semestre. C'est bien le cumul qui est limité à douze jours consécutifs et non pas le total sur un semestre.

"48 HEURES PAR SEMAÎNE GARDES COMPRISSES"

Pour rappel, les gardes effectuées par l'interne au titre du service normal de garde sont comptabilisées dans ses obligations de service à raison de 2 demi-journées pour une garde de semaine.

L'interne bénéficie d'un repos de sécurité à l'issue de chaque garde de nuit. Le temps consacré au repos de sécurité ne peut donner lieu à l'accomplissement des obligations de service de nature hospitalières ou universitaires.

Un peu d'histoire : un bref retour en arrière...

Le 10 septembre 2002, le nouveau statut des internes est fixé par décret. Deux dispositions en modifient fondamentalement le cahier des charges : l'intégration des gardes dans les obligations hospitalières, d'une part, et l'obligation du repos de sécurité après chaque garde de nuit d'autre part. Les internes doivent désormais fournir onze demi-journées par semaine (la durée d'une « demi-journée » n'est pas bien définie). **Dans ces onze demi-journées sont désormais incluses les deux demi-journées équivalentes aux gardes de nuit et aux deux demi-journées de formation universitaire.**

Quant au repos de sécurité après une garde de nuit, repos qui revêt un caractère obligatoire et s'étend sur toute la journée qui suit la garde (11 heures au minimum).

La législation française ne souffrait pas tellement de son retard. Un manque de précision et surtout d'un réel manque de volonté d'appliquer la réglementation à tous les niveaux



ont interdit toutes évolutions du temps de travail des internes jusqu'au couperet européen.

Depuis des années, sur certains terrains de stage, des internes sont assujettis à des volumes horaires importants dans le seul but de faire fonctionner correctement un service qui sans eux ne fonctionnerait pas. Le rôle des internes en médecine est tout simplement indispensable au fonctionnement de bon nombre de services aujourd'hui.

En retour, ceux-ci n'avaient même pas la possibilité de bénéficier d'une formation de qualité qu'elle soit théorique ou pratique et d'un encadrement suffisant pour apprendre leur art dans des conditions acceptables.

Vers de nouveaux paradigmes...

La formation des internes et le fonctionnement des

hôpitaux sont remis en question par la mise en conformité avec la législation européenne sur le temps de travail. La formation des internes a longtemps été conçue comme un compagnonnage. Le temps important qu'ils passaient à l'hôpital, leur association étroite aux pratiques de soins médicaux et chirurgicaux, les responsabilités qui leur étaient confiées dans ce contexte étaient des éléments forts d'une formation reconnue. La place de l'interne dans le dispositif hospitalier ne pourra bien sûr pas rester la même dans ce nouveau régime si il est appliqué en l'état. La continuité des soins, si elle doit être assurée, amènera nécessairement à redéfinir les places, prérogatives et responsabilités de chacun.

Nous ne reviendrons pas sur le débat de fond qui a conduit aux 48 heures hebdomadaires gardes comprises ; il pourrait faire l'objet d'un article entier pour retracer les tenants et aboutissants de chaque pays européen dans les débats.

Comment faire appliquer la réglementation en vigueur dans le système de santé actuel ? Est-elle applicable en l'état ?

L'application stricte des 48 heures hebdomadaires gardes comprises sera probablement difficile à mettre en œuvre. Certains services, plus particulièrement en chirurgie où les volumes horaires sont les plus importants, mais également dans les services aux charges horaires plus conventionnelles ne pourront se passer des forces vives que sont les internes en médecine. **Véritable cheville ouvrière de l'hôpital**, les internes en médecine sont des **praticiens en formation de par leur statut**. Ils participent à une part importante de l'activité médicale, ainsi qu'à la permanence des soins, tout en poursuivant leur propre formation.

De plus, le souhait de la majorité des internes n'est pas de réduire leur temps de formation, si tant est qu'il soit réellement formateur, avec la mise en conformité de la

LE DÉBUT D'UNE REMISE EN QUESTION GLOBALE DE L'ORGANISATION DES SOINS

Dans ce contexte de pénurie de médecins (et de personnel paramédical, infirmiers et infirmières en tête) associé à des perspectives démographiques très sombres, le fonctionnement même de nombreux services et centres hospitaliers est aujourd'hui menacé. Ce sont les prémisses d'une remise en question globale de l'organisation des services qui est à mener dès à présent.

Jean-Christophe FAIVRE
Président de l'ISNIH

Interne des Hôpitaux de Nancy en Oncologie radiothérapie

Références bibliographiques

Directive n° 2003/88/CE du Parlement européen et du Conseil du 4 novembre 2003 concernant certains aspects de l'aménagement du temps de travail, notamment ses articles 6 et 16.
Décret n° 2011-954 d'août 2011 modifiant certaines dispositions relatives au troisième cycle des études médicales.



VERS UN NOUVEAU MODÈLE DU SYSTÈME DE SOINS ?

Pendant l'été, dans l'ignorance la plus totale, nous sommes passés de près à une modification fondamentale de notre système de soins.

Rappel des faits :

En octobre 2010 le Sénateur Fourcade déposait une proposition de loi visant à modifier la réforme HPST (Hôpital Patient Santé et Territoire) votée en 2009. Initialement le texte avait pour but de rendre plus effective l'application de la loi et de simplifier l'organisation des soins de premier recours. Mais au fur et à mesure des débats et des ajouts d'articles, cette proposition de loi est devenue un véritable « fourre tout ». De 16 articles dans sa version initiale, elle sera finalement votée avec 65 articles. Ceux-ci allant de l'organisation des soins ambulatoires à la réforme de la biologie médicale, en passant par la réglementation de l'IVG.

Au sein du texte, un article (l'article 54) permettait de changer les règles de remboursement par les mutuelles, modifiant ainsi notre système de soins.

Au final, le texte a été voté par les parlementaires, mais le conseil constitutionnel a invalidé un grand nombre d'articles notamment la réforme de la biologie médicale mais également l'article 54.

Quel était l'article 54 ?

I. – Un décret fixe les règles de tout conventionnement souscrit entre les professionnels de santé, les établissements de santé ou les services de santé et une mutuelle, une entreprise régie par le code des assurances, une institution de prévoyance ou leur gestionnaire de réseaux.

Un réseau de soins constitué par un organisme d'assurance maladie complémentaire est ouvert au professionnel qui en fait la demande, dès lors que celui-ci respecte les conditions fixées par le gestionnaire du réseau, selon des modalités



fixées par le décret mentionné au premier alinéa.

L'Autorité de la concurrence remet tous les trois ans aux commissions permanentes chargées des affaires sociales de l'Assemblée nationale et du Sénat un rapport relatif aux réseaux de soins.

II. – À titre expérimental, pour une durée de trois ans à compter de la promulgation de la présente loi, les mutuelles ou unions peuvent instaurer, par dérogation au dernier alinéa de l'article L. 112-1 du code de la mutualité, des différences dans le niveau des prestations lorsque l'adhérent choisit de recourir à un professionnel de santé membre d'un réseau de soins ou avec lequel les mutuelles, unions ou fédérations ont conclu un contrat comportant des obligations en matière d'offre de soins.

Et en clair, que disait l'article ?

Pour une période d'essai de 3 ans, l'article 54 permettait aux mutuelles de rembourser de manière différente les patients selon le médecin consulté. Cet article créait des réseaux de soins entre les professionnels de santé et les mutuelles. Et l'ensemble était régi par un décret.

Quelles seraient les conséquences d'un tel article ?

Les conséquences sont difficiles à évaluer, mais il s'agit d'un premier pas vers un système de santé à l'américaine. L'état se dégageant peu à peu des dépenses de santé, laissant cette charge au secteur privé.

Un tel système aurait comme conséquence pour le patient soit de limiter le choix de son professionnel de santé, au profit d'un médecin membre du réseau de sa mutuelle, soit d'être moins bien remboursé.

Pour le professionnel de santé les conséquences seraient majeures. Afin de ne pas perdre de patient, les médecins



seront alors contraints de signer des accords avec les mutuelles. Or ces dernières fixant les conditions pour adhérer au réseau, elle fixerait donc les tarifs des actes et consultations, il

s'agirait donc d'un sérieux handicap au secteur 2 voir à termes de sa fin. Mais il serait encore plus à craindre de la perte de la liberté de la pratique médicale, les réseaux pouvant imposer certaines prescriptions ou l'utilisation de techniques moins coûteuses. Un bénéfice potentiel toutefois pourrait en découler dans le coût et le remboursement des frais dentaires et d'optique pour les patients.

Au total l'accès mais également la qualité des soins pourraient être atteints, créant ainsi l'inégalité des soins .

Pourquoi cette réforme ?

La réduction des dépenses de santé est à l'origine de cette mesure. La solution envisagée ici par les pouvoirs publics était celle du désengagement, de la privatisation de notre système de soins.

La loi n'est certes pas passée cette fois-ci, mais tant que le fameux « trou de la sécu » sera présent il est fort à parier que de nouvelles tentatives vont avoir lieu. Nous devons rester vigilants. Mais en tant qu'acteur de la santé, il est de notre devoir de nous impliquer dans le débat. Je terminerai donc par une question ouverte, et j'attends vos commentaires, quel système de santé voulons nous ?

Cédric Luyton

Vice-président de l'ISNIH
c.luyton@isnih.com

Interne des Hôpitaux de Lyon en
Endocrinologie, Diabétologie et
Maladies métaboliques.

**Vous souhaitez réagir aux articles ?
Ecrivez-nous à avm@isnih.com**



RÉFORME DES HOSPITALISATIONS SANS CONSENTEMENT



LA RÉFORME DE LA LOI DU 27 JUIN 1990 :
DU SANITAIRE AU SÉCURITAIRE ?

Rapport de la journée ANCREPSY du 17 décembre 2010 « la psychiatrie sous surveillance ».

Paris, CMME (Chaire des Maladies Mentales et de l'Encéphale), Centre Hospitalier Sainte-Anne.

Avant tout, rappelons que la loi du 27 juin 1990 est une loi relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation. La réforme en cours se propose de réviser le seul chapitre 3 ; **celui concernant les hospitalisations sans consentement.**

Ces principales modifications pourraient être résumées en 4 grands objectifs « prometteurs » ; faciliter l'accès aux soins, diversifier les modalités de prise en charge, améliorer le suivi et la sécurité, et enfin, renforcer le droit des personnes.

- Les modalités envisagées pour **faciliter l'accès au soin** seraient des mesures concernant l'HDT avec cette question majeure de l'absence de tiers. En effet, il pourrait être créé « **une mesure applicable en l'absence d'une demande formelle de tiers dans les situations médicales les plus graves** ». Cette absence de tiers serait mise en place pour remédier à l'un des défauts identifié comme majeur dans

I' HDT devient possible en l'absence de tiers ! tandis que la levée des hospitalisations elle devient plus contraignante

- Afin d' « **améliorer le suivi et la sécurité** (des patients ou de l'ordre public ?) », la réforme dit : « pour les patients les plus difficiles, ayant séjournés en UMD ou ayant été déclarés irresponsables pénallement pour cause de trouble mental, permettre aux préfets de disposer, en plus du certificat médical circonscrit du médecin qui prend en charge le patient, de 2 expertises et de l'avis d'un collège de soignants ». Autrement dit, le texte consacre dans la loi « la possibilité pour le préfet d'ordonner à tout moment l'expertise psychiatrique d'un malade, afin d'apprécier l'opportunité du maintien d'hospitalisation sans consentement, de sa levée, ou du prononcer d'une

la loi de 1990 pour l'accès aux soins. Pour résumer, il existe une réelle volonté d'assouplissement des formalités d'admission, et que l'absence de tiers, n'en n'est qu'un exemple. Nous préciserons par la suite le positionnement des professionnels de santé vis-à-vis de cette question.

- Ensuite, pour **diversifier les modalités de prise en charge**, il serait créé une mesure qui permettrait pour le patient « **une entrée systématique dans les soins, en hospitalisation complète, avec un temps d'observation d'un maximum de 72heures** », et passé ce délai, la possibilité de poursuivre les soins en suivant une autre modalité que celle de l'hospitalisation complète, celle de soins en ambulatoire ». Un suivi ambulatoire sans consentement, donc ! Difficile à imaginer pour les psychiatres libéraux surpris à juste titre, de ne pas avoir été conviés à ces réflexions qui pourraient bien aboutir à les faire participer à l'exécution de soins sans consentement. Selon eux, cette procédure reste pour le moment inapplicable.

prise en charge ambulatoire ». Le gouvernement veut ainsi remédier à l' « encadrement insuffisant des sorties d'essai et des levées d' HO ». Précisons immédiatement que cette notion de « **collège de soignants** » n'a pas d'intérêt selon de nombreuses intersyndicales de PH, car en effet, ces patients sur lesquels devrait statuer ce collège, sont déjà soumis à des conditions rigoureuses et spécifiques de sortie !

Ainsi l'on voit bien, **que parallèlement à cette volonté de faciliter les modalités d'admission, il y a cette autre volonté de rendre les procédures de levée plus complexes** ; c'est ainsi que l'un des plus importants syndicats de psychiatres

résume les objectifs de cette réforme. D'ailleurs, un autre exemple révélateur va aussi dans ce sens ; le texte nous dit pour « **renforcer le droit des personnes** » et « **préserver les libertés individuelles** » (sous-entendu ; « elles ne le sont pas maintenant »), que « le nombre de certificats médicaux va être augmenté (3 en 72 heures), et que la qualité des auteurs doit être précisée (au moins 2 médecins différents) ». Puis, reprenons la question du tiers, voter pour son absence, ne va pas dans le sens de cette réforme, visiblement politiquement bien ficelée, qui se veut de garantir le droit des personnes en consacrant la définition du tiers. Certains professionnels de santé sont sensibles aux nombreux

paradoxes qui pointent, mais ce qui nous inquiète, c'est que d'autres le sont moins, et au cours de cette journée ANCREPSY qui traitait des réflexions sur la réforme, nous avons vu des psychiatres se positionner en faveur de cette absence de tiers. Imaginez, avoir la possibilité de prononcer des hospitalisations sans consentement sans consulter un proche du patient, se retrouver à prendre de telles décisions, après un colloque singulier avec le malade, sans ce tiers si précieux... Un pouvoir médical quasi absolu à l'admission, dont la légitimité est soudainement rediscutée ensuite, dès qu'il s'agit de lever l'hospitalisation sans consentement.

Un projet de loi concernant « le seul aspect sécuritaire, avec la question sanitaire qui sert de caution à des mesures de contrôle au nom de l'ordre public », nous dit un syndicat de psychiatres. Et il poursuit : « la psychiatrie traverse une crise aigüe et cette réforme ne comporte pas de mesures capables de répondre à ses spécificités, la conception des soins est ici, clairement sécuritaire, sans gain pour les enjeux de santé mentale de la société . »

Après ce constat, il est intéressant de réfléchir aux **explications possibles de cette dérive sécuritaire**. Pour cela, je vous propose celles de Monsieur Badinter (ancien ministre de la justice, présent à la journée ANCREPSY).

Il nous explique que l'évolution de la psychiatrie s'est faite avec celle de la justice pénale, avec la formation d'une sorte de complexe « judiciaro-psychiatrique », fait de 2 forces se conjuguant pour mettre hors d'état de nuire l' « **individu dangereux** ». A l'origine de cette évolution, un double mouvement simultané très fort ; la **psychiatrisation de la justice** et la **judiciarisation de la psychiatrie**, qui trouvent leurs racines dans 2 facteurs sociaux, de plus en plus puissants politiquement : l'utilisation du **procès pénal comme outil thérapeutique** (avec la création d'une justice au service de la guérison des victimes) et l'aspiration à **une sécurité absolue et impossible** (avec une société sur laquelle plane l'angoisse de la récidive).

La psychiatrisation de la justice, c'est en quelque sorte, un transfert de responsabilité du juge ou du magistrat envers le psychiatre. Et c'est aussi le fait de retenir un homme en prison suite à une décision de justice, au regard de la notion de dangerosité et du risque potentiel qu'il peut « recommander ». Il n'est plus reproché un acte à un homme, mais d'être seulement ce qu'il est.

La judiciarisation de la psychiatrie, c'est cette volonté d'une systématisation de l'intervention du judiciaire dans le monde psychiatrique, « au nom des libertés individuelles ».

Dans cette réforme, un juge interviendra systématiquement auprès du patient, après 15 jours d'hospitalisation. Imaginez comment cela va-t-il pouvoir s'inscrire au sein de l'alliance thérapeutique médecin - malade... Et finalement, qui peut juger de la probabilité de récidive ? Un juge ? Un psychiatre ? Un administratif ?



Pour conclure, Monsieur Badinter insiste qu'il convient maintenant de réfléchir sur cette véritable question qui est évitée au regard du public ; **la question de la réintégration de l'individu au sein d'une société « éperdue de peur ». « Que faire quand il va sortir ? »**

Cela interroge notre positionnement face à la place des malades mentaux dans la société et notre responsabilité individuelle. Cela interroge notre conception de la justice ; ré intégratrice ou punitive.

Les débats, réflexions, le système clinique, diagnostique et thérapeutique devraient reposer sur cette perspective de sortie.

Marie Elisabeth Fischer
Interne en psychiatrie à Nancy
Déléguée syndicat AFFEP



RÉFORME DES LOIS DE BIOÉTHIQUES



RÉVISIONS DE LA LOI DE BIOÉTHIQUE 2011. UNE AVANCÉE ?

La version 2011 de la révision des fameuses « Lois de bioéthique » a été l'occasion pour le monde médical de se confronter à la société, à ses évolutions, à ses affects et à ses pensées. Un débat toujours endiablé, empreint de sentiments forts, théâtre d'affrontements idéologiques, qu'il s'agisse de clivages partisans, confessionnels ou sociaux, a une nouvelle fois animé la France durant les quelques semaines qu'ont duré les navettes parlementaires.

Il est difficile de rendre compte de l'ensemble des subtilités du texte en ces quelques lignes, mais l'essentiel de l'esprit de la réforme est contenu dans les paragraphes ci-dessous, afin de vous présenter brut, sans parti pris, les dispositions retenues par le législateur.

Je souhaite enfin remercier le Dr. Jean-Marie Kunstmann pour avoir accepté de se livrer pour AVM, afin de transmettre son savoir et sa sagesse aux futures générations de praticiens que nous sommes.

Génétique – Articles 2 à 6 :

En matière d'examen génétique, la loi prévoit de réservé l'examen des caractéristiques génétiques à des fins médicales, dans des laboratoires de biologie médicale autorisés à cet effet.

Elle encadre l'information donnée au patient quant au résultat ainsi que l'obligation de prévenir les apparentés si une prévention ou une thérapeutique particulière peut être mise en œuvre, ce qui est une grande nouveauté.

Enfin par dérogation au principe de l'anonymat des donneurs ou donneuses de gamètes et d'embryon, il pourra être transmis aux enfants du don une information d'un éventuel risque génétique transmis lors de celui-ci !

Organes & Cellules – Articles 7 à 19 :

Concernant la greffe d'organes et de cellules, le texte autorise le don croisé entre personnes vivantes et élargit le cercle des donneurs d'organes entre vivants hors du cadre familial, « s'il est apporté la preuve d'un lien affectif étroit et stable depuis au moins 2 ans », reconnaissant ainsi le lien affectif équivalent au lien familial.

La législation concernant le prélèvement et l'utilisation des cellules souches hématopoïétiques du sang de cordon et du sang placentaire rejoint celle des cellules de la moelle.

Enfin, dans le cadre de l'objectif d'information du public, mission importante de l'Agence de la Biomédecine, une information sur le don d'organe, le Registre national ainsi que sur le don du sang sera organisée dans les lycées, ainsi que sur le don de gamètes, de plaquettes et de moelle osseuse lors du service national. La discrimination envers les greffés dans le cadre des assurances santé est interdite, tout comme

l'exclusion du don du sang pour des motifs non médicaux, mesures réclamées depuis de nombreuses années par les associations !

Diagnostics prénatal et pré-implantatoire (DPN / DPI) & Interruption Médicale de Grossesse (IMG) – Articles 20 à 26 :

Concernant le diagnostic prénatal (DPN), le texte rend obligatoire la tenue d'une consultation médicale lors de laquelle le praticien, médecin ou sage-femme, expose les différents éléments du suivi de grossesse, notamment ceux permettant de diagnostiquer une affection fœtale et sa prise en charge le cas échéant.

De plus le diagnostic pré-implantatoire (DPI) rentre dans le cadre des techniques de routine. Des moyens publics seront en outre affectés dans ce cadre à la recherche en pathologie cytogénétique.

Enfin, concernant les interruptions médicales de grossesse, la Commission ad hoc comptera parmi ses membres un spécialiste de la pathologie en cause; hors urgence, un délai de réflexion d'une semaine sera préconisé.

Assistance médicale à la Procréation (AMP) & Don de Gamètes – Articles 27 à 39 :

Le texte concernant l'assistance médicale à la procréation (AMP) est le plus conséquent sans que de changements fondamentaux ne soient perçus.

Le médecin traitant et le médecin gynécologue doivent informer les patient(e)s des dons respectivement de gamètes et d'ovocytes.

Le don de gamètes est autorisé pour des personnes majeures n'ayant pas encore procréé, qui dans ce cas se voient proposer une autoconservation pour une utilisation personnelle ultérieure. Les obligations médicales inhérentes au don d'ovocytes deviennent opposables à un employeur dans le cadre du droit du travail. La vitrification ovocytaire est autorisée et le nombre d'embryons surnuméraires doit être limité. Le don d'embryon sort du cadre de l'exception et devient une pratique courante.

L'AMP reste limitée à 3 indications :

- Remédier à une infertilité dont le caractère pathologique a été médicalement diagnostiqué
- Eviter à l'enfant la transmission d'une maladie grave (indication génétique)
- Eviter à un membre du couple la transmission d'une maladie grave (indication virale).

L'obligation de vie commune est cependant supprimée pour tous les couples !

Les procédures d'AMP sont enfin ouvertes aux praticien(ne)s Sage-femmes.

Cellules souches et embryons – Articles 40 à 44 :
Concernant les cellules souches embryonnaires, il s'agit globalement d'un statu quo :

- « La création d'embryons transgéniques ou chimériques est interdite »
- « La recherche sur l'embryon humain, les cellules souches embryonnaires et les lignées de cellules souches est interdite ». Néanmoins, des dérogations seront accordées par l'ABM sur la pertinence scientifique, concernant des embryons surnuméraires en abandon de projet parental, ou des embryons transférés dans le cadre d'un bénéfice attendu pour l'embryon lui-même.
- La recherche sur les cellules souches sera promue.

Neurosciences – Articles 45 & 46

Enfin, ce chapitre concernant l'imagerie cérébrale et les neurosciences, est une nouveauté. Sans révolution, il prévoit que ces techniques soient soumises à consentement dans le cadre du soin, de la recherche et de l'expertise judiciaire.

La loi s'achève par l'obligation d'une réévaluation septennale, alors rendez-vous dans 7 ans !

« La recherche sur l'embryon humain, les cellules souches embryonnaires et les lignées de cellules souches est interdite ».

« La création d'embryons transgéniques ou chimériques est interdite »

AMP : l'obligation de vie commune est supprimée pour tous les couples

Don d'organe entre personnes vivantes possible s'il existe « lien affectif étroit et stable depuis au moins 2 ans »

LA LOI DE BIOÉTHIQUE EN CHIFFRES

1994, 2004, 2011 → Années de révision des lois dites de bioéthique.

57 / 15 → Nombre d'Articles / Pages comportant le texte de 2011.

7 → Nombre d'années entre 2 révisions des textes.

9 → Nombre de jours de débat au Parlement ayant nécessité le texte de 2011.

94 vs 68 → Résultats du vote de la commission paritaire Assemblée nationale / Sénat en nombre de voix Pour vs Contre (et 7 absences).

18000 → Nombre annuel de donneur de moelle visée par l'Agence de la Biomédecine.

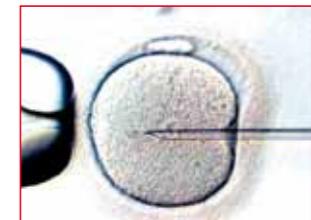
2000 / 300 → Nombre de couples en attente d'AMP avec don de sperme versus le nombre de donneurs de sperme (par an en France).

Mikaël Agopiantz,
Interne de Gynécologie médicale des Hôpitaux de Lorraine,
Président de l'Association nationale des Internes et
Assistants de Gynécologie médicale



ZOOM SUR L'AMP PAR don de GAMÈTES

Entretien avec le Docteur Jean-Marie Kunstmann, Praticien Hospitalier en Gynécologie médicale



et Directeur du CECOS de Cochin (Université Paris-Descartes)

MA : Bonjour Jean-Marie, vous êtes Directeur du CECOS de Cochin à Paris. Rappellez-nous les missions d'un CECOS ?

JMK : Créés en 1974, actuellement répartis sur l'ensemble du territoire, les CECOS sont les Centres d'Etudes et de Conservation des gamètes et des embryons. Leur mission la plus connue est certainement celle d'offrir aux couples stériles la possibilité de procréer grâce à un don de gamète. Mais la préservation de la fertilité à titre personnel avant traitement à risque stérilisant notamment dans le cadre du cancer, prend une part de plus en plus importante de l'activité. Jusqu'alors essentiellement offerte aux hommes, la mise au point de la vitrification ovocytaire permettra désormais de la proposer plus souvent aux femmes, bien que sa mise en œuvre soit plus complexe.

MA : La loi de bioéthique vient d'être révisée. Quelles sont les mesures phares que vous retrouvez quant à l'AMP et au don de gamètes ?

JMK : Aucune mesure phare n'a finalement été adoptée. En AMP, une nouvelle technique a été validée : la congélation ultrarapide des ovocytes. Elle est intéressante pour la préservation de la fertilité féminine, et sous réserve de la confirmation de son efficacité, elle pourra considérablement modifier la pratique du don d'ovocyte grâce à une conservation désormais possible en paillettes d'ovocytes et la création d'une « banque ». Elle pourrait aussi permettre de diminuer le nombre de congélation d'embryons surnuméraires, ce qui est recommandé dans la nouvelle législation.

La mesure à laquelle je ne m'attendais pas est l'autorisation de devenir donneur de gamètes sans avoir procréé auparavant, avec la possibilité de conserver une partie de ses gamètes pour une utilisation personnelle ultérieure... Sensée pouvoir augmenter le recrutement, notamment de donneuses d'ovocytes, elle modifie le concept de don d'un couple ayant eu la chance de procréer à un couple infertile, la motivation du don pouvant désormais être moins de venir en aide à un couple que de chercher à préserver sa propre fertilité. Pour l'utilisation de ces gamètes, se posera enfin la question de la limite dans le temps.

MA : Plusieurs mesures discutées n'ont finalement pas été adoptées. Quelles sont-elles ?

JMK : La procréation post-mortem initialement évoquée, la gestation pour autrui (GPA) avec les mères porteuses, la levée de l'anonymat des donneur(ses)rs dans le don de gamètes, l'AMP chez les femmes seules ou en couple d'homosexuel n'ont en effet pas été autorisées.

Statu quo également pour la recherche sur l'embryon qui reste interdite mais autorisée à titre dérogatoire sous réserve de pertinence du projet scientifique.

MA : Que pensez-vous du débat concernant la prise en charge des couples dit « socialement stériles » ?

JMK : Il s'agit pour moi d'un autre débat, bien différent des indications médicales de l'AMP chez un couple hétérosexuel infertile. Débat du droit à l'enfant à titre individuel qui amène à discuter de l'importance ou non de la paternité et de la maternité ainsi que de l'intérêt de l'enfant dans une telle conception.

Pour prendre l'exemple du don de sperme, comment l'enfant interprétera le geste du donneur dans ce contexte en l'absence de père affectif prédéfini ? De plus, si cela devient possible pour les femmes seules ou en couple homosexuel, il faudra autoriser la GPA pour les hommes seuls ou en couple homosexuel !

Il s'agit ici de proposer de nouveaux modèles de famille et c'est bien à la société de les valider ou non, d'autant que celles et ceux qui demandent à s'engager dans cette voie tiennent aussi à cette reconnaissance de la part de la société.



MA : Beaucoup disent que l'éléphant a accouché d'une souris. La société française était-elle prête à aller plus loin ?

JMK : Je ne crois pas que la société était prête à s'affranchir des principaux repères de la procréation naturelle : un enfant avec une mère et un père, et ce en respectant la limite de la mort.

MA : La loi sera réévaluée tous les 7 ans. Est-ce un délai raisonnable selon vous ? N'y a-t-il pas un risque d'inertie et de retard, comme nous avons pu le voir pour la vitrification ovocytaire ?

JMK : Il me semble que lorsqu'il s'agit de remettre en cause les repères fondamentaux de la transmission de la vie, rien ne sert de les rediscuter tous les 2 ans ! Le recul du temps est réellement nécessaire pour permettre de nouvelles approches et la possibilité de voir de nouveaux modèles de famille émerger.

Par ailleurs, ces discussions sont perturbantes pour ceux qui s'engagent dans cette démarche, les donneurs et les couples qui doivent pouvoir se projeter dans le devenir, les uns de leurs gamètes, les autres de leur famille, mais aussi les enfants qui en sont issus !

Pour revenir sur la vitrification ovocytaire, il s'agit d'une avancée technologique dont l'autorisation ne devrait pas relever de la loi de bioéthique mais d'une expertise scientifique qui jugerait de son efficacité en termes de bénéfice risque. Ce qui relève bien du domaine de la loi serait de savoir si la technique pourra être utilisée pour permettre aux femmes de concevoir en AMP après 43 ans. Cela amènerait à rediscuter la notion de « couple en âge de procréer ».

MA : Pour finir, vous quittez vos fonctions hospitalières dans 1 an, après une carrière vouée aux CECOS. Pensez-vous que l'anonymat et le secret soient encore l'avenir du don de gamètes ?

JMK : Il est probable que l'anonymat du don sera à nouveau discuté. Mais ne confondons pas anonymat et secret de la

conception qui sont deux choses très différentes. D'ailleurs, aujourd'hui, plus de 2/3 des couples pensent informer les enfants en maintenant l'anonymat du donneur.

Cette question de l'anonymat ou non des donneurs posée par quelques enfants doit tout d'abord nous sensibiliser sur le fait qu'au-delà de l'acceptation d'une demande d'AMP par don, quel que soit le contexte ou l'indication, un enfant aura plus tard à gérer l'interprétation de sa conception dans des conditions non naturelles. Nous avons une responsabilité vis-à-vis de lui pour qu'un jour il puisse se réapproprier positivement les conditions particulières de sa venue au monde, afin qu'elles ne constituent pas un frein à son libre épanouissement. On ne peut occulter la question de l'intérêt de l'enfant !

Cependant, l'analyse des situations des quelques enfants en demande de levée de l'anonymat montre que c'est la révélation brutale et tardive de leur mode de conception qui les déstabilise le plus. Pourquoi m'a-t-on caché mon histoire ? Pourquoi mon père ne m'a-t-il pas fait confiance ?

Pourquoi les CECOS gardent-ils des informations à mon insu ? A l'opposé de nombreux enfants informés très tôt ne sont pas dans cette demande. Ayant l'image valorisante d'un père pleinement acteur de sa paternité, ils préfèrent en ce qui concerne le donneur rester sur la représentation fantasmagique d'un homme généreux. N'ayant pas le sentiment d'avoir été manipulés, ils valident pleinement une interprétation des origines non fondée sur le lien biologique et ne cautionnent pas le lobbying médiatique sur le thème de la « transparence ».

Nous verrons donc dans quel sens notre société évoluera. Si elle peut s'affranchir des liens du sang pour l'interprétation des origines, alors la levée de l'anonymat ne s'imposera pas.



*interview du Dr Jean-Marie Kunstmann,
Praticien Hospitalier en
Gynécologie médicale et Directeur du CECOS de Cochin réalisé
par Mikael Agopiantz*



Vous avez dit

REMPLACEMENT ?

- Pourquoi remplacer ?

Les motifs pour remplacer sont nombreux. Envie de se frotter à un nouveau mode d'exercice, de prise en charge et d'organisation des soins, dans l'attente d'un poste plus stable ou tout simplement de mettre un peu de beurre dans les épinards ! Chacun peut y trouver son compte !

- Où trouver des offres de remplacements ?

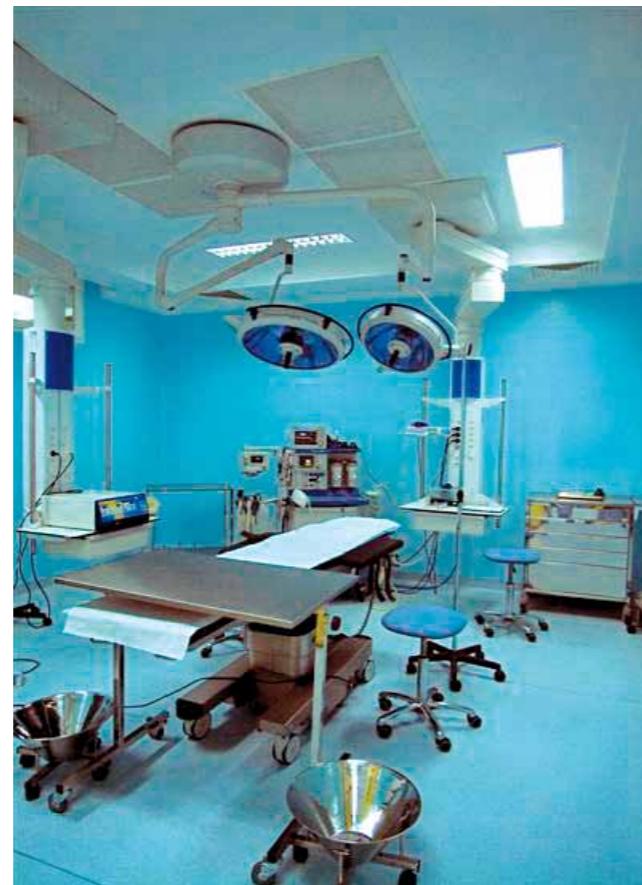
Les possibilités sont nombreuses. Le plus souvent c'est le bouche à oreille qui fonctionne le mieux. Certaines agences se sont spécialisées dans les offres de remplacements, vous pourrez trouver de nombreuses propositions sur le web, gratuites : www.remede.org, www.remplaclinic.com, www.media-sante.com, www.medecin-replacant.com, www.replacement-medical.com, www.allo-medic.com ... Les sites internet des sociétés savantes et collèges peuvent également proposer ce type d'annonces.

- Les conditions légales et réglementaires

Un médecin peut se faire remplacer auprès de sa patientèle :

- soit par un docteur en médecine inscrit au Tableau de l'Ordre ;

• soit par un étudiant en médecine, titulaire d'une licence de remplacement.



> Législation du remplacement :

- Les étudiants en médecine Français ou ressortissants d'un État membre de la communauté européenne ou faisant partie de l' « l'Accord sur l'Espace économique européen »
- inscrits en troisième cycle des études médicales en France peuvent être autorisés à exercer la médecine à titre de remplaçant d'un docteur en médecine.

> Le Code de déontologie

Le Code de déontologie s'impose au remplaçant qui, en cette qualité relève de la juridiction disciplinaire de l'Ordre des médecins.

Un médecin ne peut se faire remplacer dans son exercice

en association avec ce dernier. Exception à cette règle est faite s'il y a entre les intéressés un accord qui doit être notifié au conseil départemental. A défaut d'accord entre tous les intéressés, l'installation est soumise à l'autorisation du conseil départemental de l'Ordre.

- Les formalités diverses et les obligations

> Le médecin remplacé doit cesser d'exercer pendant son remplacement

Le médecin "remplacé" doit s'abstenir de toute activité médicale libérale pendant la durée de son remplacement. Parallèlement, sauf accord particulier, le remplaçant doit donner exclusivement ses soins à la patientèle du médecin qu'il remplace pendant la durée de ce remplacement et cesser par conséquent toute autre activité médicale.

> Le médecin remplaçé

Le médecin remplacé doit **adresser à l'avance, sauf extrême urgence, une demande d'autorisation** de remplacement au président du conseil départemental de l'Ordre des médecins, en indiquant **le nom du remplaçant, la durée approximative du remplacement (3 mois au maximum), et en joignant la licence de remplacement de l'étudiant, ou l'attestation d'inscription au Tableau de l'Ordre** si le remplaçant est docteur en médecine. Cette demande sera transmise par le conseil départemental de l'Ordre au préfet, avec son avis favorable, en vue de l'autorisation préfectorale lorsque le remplaçant est un étudiant. L'arrêté préfectoral autorisant le remplacement est notifié par l'Agence Régionale de Santé au médecin remplacé.

> DEUX cas de figure :

> Le remplaçant titulaire du doctorat en médecine

Il doit être inscrit au Tableau de l'Ordre. Il lui appartient de demander au conseil départemental une attestation d'inscription au Tableau de l'Ordre qui devra être présentée lors de chaque remplacement.



> Le remplaçant étudiant c'est à dire non titulaire du doctorat de médecine

Il doit demander au président du conseil départemental de l'Ordre du lieu de la faculté ou de l'hôpital où il remplit des fonctions hospitalières, une licence de remplacement.

Pour obtenir la licence de remplacement l'étudiant devra :

1. Remplir un questionnaire qui lui sera remis par le conseil départemental ;

2. Fournir une attestation d'inscription en 3e cycle des études médicales et remplir les conditions de

niveau d'études : tableau détaillé en annexe en produisant une **attestation de l'enseignant coordonnateur inter-régional** comportant le détail des semestres accomplis avec les dates et lieux.

Après examen du questionnaire et de l'attestation de l'enseignant coordonateur, le conseil départemental s'assure que le candidat remplit les conditions de moralité nécessaires et ne présente pas d'infirmité ou d'état pathologique incompatible avec l'exercice de la profession. Il délivre alors au futur remplaçant une **licence de remplacement, valable pendant un an** renouvelable si le candidat apporte la preuve qu'il poursuit effectivement ses études médicales.

La licence de remplacement est une simple **attestation** prouvant que l'intéressé se trouve dans les conditions légales requises pour faire un remplacement mais **ne constitue pas une autorisation de remplacement**. C'est l'autorisation préfectorale qui habilite l'étudiant à faire le remplacement d'un médecin.

Le remplaçant exerce en lieu et place du médecin remplacé. Il utilisera donc tous les documents du médecin remplacé (ordonnances, certificats, feuilles de soins pré-identifiées...) qu'il raiera en indiquant sa qualité de remplaçant et son nom ainsi que son caducée.

> Autorisation de remplacement

A la vue de la demande d'autorisation de remplacement du médecin, accompagnée de la licence de remplacement du remplaçant, le président du conseil départemental dont dépend le médecin remplacé adresse son avis, favorable ou non, au préfet. La préfecture délivre alors, par arrêté, l'autorisation de remplacement, pour une durée maximum de trois mois. L'arrêté préfectoral autorisant le remplacement est notifié au médecin remplacé. Passé ce délai, le médecin remplacé doit, s'il le désire, renouveler sa demande dans les mêmes formes au président du conseil départemental de l'Ordre.

> Remplacements administrativement irréguliers – conséquences

Si le remplaçant, étudiant en médecine sans licence ni autorisation de remplacement, ou docteur en médecine non inscrit au Tableau de l'Ordre, exerce dans des conditions irrégulières, il commet le **délit d'exercice illégal de la médecine**.

Les caisses d'Assurance maladie peuvent obtenir du délinquant le **remboursement des prestations versées** par elles. Outre une **condamnation pénale**, celui-ci pourrait encourir une **condamnation à des dommages et intérêts** importants. Ceci est possible d'une amende de 15 000 € et d'un emprisonnement d'un an.

> Restrictions à l'installation après remplacement

Un médecin ou un étudiant qui a remplacé un de ses confrères pendant **trois mois** (cumul de toutes les périodes au cours desquelles une même personne a remplacé un même médecin, consécutifs ou non), **ne doit pas, pendant une période de deux ans, s'installer dans un cabinet où il puisse entrer en concurrence directe avec le médecin** remplacé et avec les médecins qui, le cas échéant, exercent

en association avec ce dernier, à moins qu'il n'y ait entre les intéressés un accord qui doit être notifié au conseil départemental.

> Conditions de nationalité.

La licence de remplacement ne peut être établie qu'au bénéfice d'étudiants de **nationalité française ou ressortissants de l'un des Etats membres de l'UE effectuant leurs études de médecine en France** ou les ressortissants de certains pays qui accomplissent leurs études de médecine en France : République Centrafricaine, Congo Brazzaville, Gabon, Mali, Tchad, Togo.

- Responsabilité du médecin remplacé et du médecin remplaçant

Il s'agit d'un contrat de nature particulière, **sans lien de subordination**. Il existe une responsabilité pénale et une responsabilité civile professionnelle propre au remplaçant.

> Responsabilité pénale

La responsabilité pénale est toujours personnelle et le contrat de remplacement n'y change rien. Le remplaçant peut donc être poursuivi s'il a commis une infraction d'ordre pénal : violation du secret professionnel, faux certificats, etc.

> Responsabilité civile professionnelle

Le remplaçant est seul responsable de ses fautes et **doit souscrire une assurance**. Généralement, dans le contrat de responsabilité civile professionnelle du médecin, figure une clause prévoyant le transfert de la garantie en faveur de son remplaçant pendant toute la durée du remplacement (certaines polices d'assurance prévoient que ce transfert ne peut être effectué que si la société d'assurance est prévenue du nom du remplaçant et de la durée de ce remplacement). La garantie n'est acquise que si le remplaçant est légalement habilité à exercer cette activité et si le médecin remplacé cesse d'exercer pendant la durée du remplacement.

Les accidents et maladies pouvant survenir au remplaçant.

Le remplaçant n'est pas reconnu comme salarié ; il ne peut donc pas être immatriculé au régime général de la Sécurité Sociale. Par conséquent, il ne peut bénéficier de la législation sur les accidents du travail. Il est fortement recommandé de souscrire une **assurance individuelle accident**.

Jean-Christophe FAIVRE
Président de l'ISNIH
Institut des Hôpitaux de Nancy
en Oncologie radiothérapie



LES BONNES DÉCISIONS DE GESTION DÈS VOS PREMIERS REMPLACEMENTS LIBÉRAUX ET LES FORMALITÉS OBLIGATOIRES

Venant du monde des salariés français, ou de l'étranger, vous vous interrogez sur vos obligations déclaratives, fiscales, sociales et autres, liées à votre tout nouveau statut de médecin libéral remplaçant. Voici une liste commentée dans le sens de vos intérêts, de tout ce qu'il faut savoir sur le sujet. Ce dossier est fait pour vous éviter les déconvenues du débutant.

> **L'essentiel** : dès le premier remplacement libéral, vous embrassez le *statut d'entrepreneur individuel français* exerçant une profession libérale réglementée. Deux conséquences :

- votre entreprise libérale doit être inscrite au Système d'Identification du Répertoire des Entreprises et de leurs Etablissements (fichier Sirene), et dotée d'un numéro dit Siren (votre entreprise) et d'un numéro Siret (votre entreprise + son lieu d'implantation) ; • c'est à ce titre que vous percevez non plus un salaire, mais des honoraires, et que vous avez à satisfaire les obligations légales qui en découlent.

- Ce dossier concerne

- Tout étudiant (inscrit en faculté de médecine française et autorisé à remplacer en France) ou médecin non-installé — français ou étranger, généraliste ou spécialiste — désireux d'exercer son activité sous forme de remplacements libéraux sur le sol français.
- Tout médecin, français ou étranger, désireux de pratiquer une activité qui n'est pas rémunérée par un salaire, réglée en conséquence par des honoraires

- Légalement, une seule démarche obligatoire : vous affilier à l'Urssaf

Votre « entreprise individuelle » doit acquitter des cotisations sociales obligatoires personnelles pour votre couverture maladie-maternité, pour vos allocations familiales, pour votre formation professionnelle, votre retraite, etc. Et à l'exception des cotisations vieillesse,

invalidité et décès, elles sont toutes recouvrées par l'Urssaf (Union de Recouvrement des cotisations de Sécurité Sociale et d'Allocations Familiales).

Vous devez vous y affilier quel que soit votre statut actuel dès l'instant où vous exercez une activité libérale de remplacement depuis *plus de 7 jours*.

Nous ne saurions trop insister sur ce point : si vous êtes résident français au *sens fiscal* du terme, il n'existe aucun cas particulier vous permettant de vous exempter de votre obligation de vous affilier à l'Urssaf de votre domicile dès lors que vous avez effectué votre *huitième jour effectif* de remplacement. Il s'agit d'une obligation impérative (arrêté du 11/07/1950). Et l'affiliation prend effet à compter du 1er jour d'activité déclarée. Cela vaut aussi en cas de chevauchement d'activité ayant débuté sur deux années civiles, voire deux trimestres civils différents.

> **Mise en garde** - Depuis le 01/01/2004, l'affiliation initiale du médecin libéral a été considérablement complexifiée notamment en ce qui concerne toutes les possibilités légales offertes aux débutants, aux remplaçants à l'activité intermittente, et/ou occasionnelle d'obtenir des réductions, reports, dispenses de cotisations spécifiques.

> **D'une Urssaf à l'autre, la législation est appliquée de manière disparate** – Pour des raisons techniques et administratives complexes reposant sur le statut dit « conventionnel » du médecin remplaçant, les 109 Urssaf, jalouses de leurs prérogatives départementales, appliquent

de manière très disparate la législation concernant les médecins remplaçants. On observe alors quatre grands types de conséquences défavorables : (a) de notables complications administratives en plus pour le candidat à l'affiliation ; (b) des surcotisations à régler de manière indue et en toute ignorance tant le sujet est complexe ; (c) des carences dans la couverture sociale du médecin remplaçant ; (d) l'impossibilité pour lui de vérifier la régularité de son affiliation et l'exactitude du poids des cotisations sociales demandées. Un véritable maquis.

- Le Centre de Formalités des Médecins Libéraux vous décharge de toutes vos formalités obligatoires

La mission du CFML : 1/ Décharger les étudiants et médecins remplaçants de toutes leurs formalités et déclarations sociales obligatoires ; 2/ Leur faire bénéficier d'une couverture sociale complète ; 3/ Leur faire bénéficier des dispositions particulières de la loi sociale lorsqu'ils se trouvent en situation particulière (activité modeste, intermittente, cursus libéral non rectiligne, arrêt maternité, exonération légale de toute cotisation, etc.)

4/ Vérifier les montants des cotisations obligatoires appelés par les caisses sociales ; 5/ Faire rectifier les cotisations erronées et récupérer les sommes trop versées au profit du cotisant.

> Avantages :

- Un gain de temps considérable pour des tâches délicates d'affiliation, répétitives, et source d'erreurs fréquentes (le formulaire Urssaf d'affiliation comporte par exemple plus de soixante items à remplir)
- Les cotisations une fois vérifiées ne font plus courir le risque d'une erreur en défaveur du remplaçant.
- Une couverture sociale au mieux de ce qu'elle peut être en fonction de chaque situation particulière.

Plus d'info sur le CFML : tél. 0805 013 500 (appel gratuit du lundi au vendredi de 9h à 18h pour la France métropolitaine) - ou (33) 04 50 71 35 00 - ou : www.media-sante.com

- Vous affilier est une chose...

Et prendre les bonnes options et les bonnes décisions de gestion dès le début de votre activité en est une autre ! Car depuis le 01/01/04, la législation offre d'intéressantes possibilités d'optimiser immédiatement votre gestion professionnelle :

- Cotisations des remplaçants débutants : vous pouvez différer pendant 12 mois le paiement de vos cotisations

obligatoires. Vous pouvez aussi étailler le paiement des cotisations sur un maximum de cinq années en début d'activité. Et tout cela sans majoration ni pénalité.

- Vous pouvez bénéficier d'une réduction des cotisations pour activité modeste.
- Le caractère occasionnel de l'activité de remplaçant peut désormais être pris en compte, par alignement sur la jurisprudence fiscale actuelle. Ce qui permet, dans certains cas, de bénéficier d'exonérations de cotisations sociales et de Cotisation Foncière des Entreprises.
- Toutes ces dispositions nouvelles, très techniques, sont gérées en direct par le CFML au profit de ses utilisateurs.

-Vous affilier à l'assurance maladie

Vous avez l'obligation de vous affilier à la CPAM (Caisse Primaire d'Assurance Maladie) du département de votre résidence à partir du *31ème jour effectif de remplacement* — et pas avant, car l'administration n'enregistrait pas votre demande... Et cela dans tous les cas, quel que soit votre statut. *Nous ne saurions trop insister sur ce point : il n'existe aucun cas particulier vous permettant de vous affranchir de votre obligation d'affiliation à la CPAM dès lors que vous avez effectué votre 31ème jour effectif de remplacement.*

> Mise en garde - Comme les Urssaf, les CPAM appliquent de manière disparate la législation spécifique applicable aux médecins remplaçants. Or, l'affiliation Urssaf et l'affiliation CPAM marchent de concert, légalement, pour vous ouvrir vos droits. En pratique, il est malheureusement banal que la sectorisation très précise de leurs champs de compétence et d'action engendre, par effet cumulatif, les sur-cotisations et les trous de couverture sociale. D'où l'intérêt et la nécessité des vérifications effectuées par le CFML pour chaque nouvel affilié.

- Votre assurance Responsabilité Civile Professionnelle

Depuis l'année 2002, tout médecin libéral en exercice doit être personnellement couvert par une assurance responsabilité civile professionnelle (RCP). En la matière, nous conseillons vivement aux médecins remplaçants débutants : 1/ de s'assurer à titre personnel en RCP avant de commencer le moindre acte libéral médical. 2/ de s'en tenir à la seule assurance RCP en évitant soigneusement de signer des contrats d'assurance «packagés» regroupant non seulement leur assurance RCP mais également, par exemple, des assurances destinées à couvrir prétendument leurs besoins financiers en cas d'arrêt de travail et qui n'ont pour but que de les sur-assurer.

- Vous affilier à la Carmf ?

Deux cas de figure possibles :

- Vous êtes étudiant en médecine, non thésé : vous ne relevez en aucun cas de la Carmf (Caisse autonome de retraite des médecins français) pour votre régime de prévoyance et de retraite.
- Vous êtes médecin remplaçant inscrit à un tableau départemental de l'Ordre : depuis le 1er janvier 2008, la législation concernant l'affiliation obligatoire a été durcie. Le médecin remplaçant libéral ne peut prétendre à bénéficier de la dispense d'affiliation à la Carmf qu'à la double condition qu'il ne soit pas assujetti à la Cotisation Foncière des Entreprises au titre de l'année considérée ni ne réalise plus de 11 000 € de BNC (*Bénéfice Non Commercial = revenu libéral imposable*) au titre de cette même année. Si l'un ou l'autre de ces deux critères n'est plus rempli, l'affiliation devient obligatoire au titre de l'année au cours de laquelle ce ou ces critères ne sont plus remplis, c'est-à-dire de manière rétroactive.

- Déclarer votre revenu professionnel dans le sens de vos intérêts

Devenu entrepreneur libéral individuel, vous avez l'obligation de déclarer votre revenu professionnel généré par votre activité de médecin remplaçant, *dans l'une des catégories spécifiques* des revenus libéraux : soit déclaration «au réel» soit déclaration « Spécial BNC ».

- Depuis le 01/01/08, le régime fiscal Micro-BNC constitue une véritable révolution dans la simplification et la suppression pure et simple de nombreuses contraintes comptables et fiscales touchant de très nombreux médecins libéraux, et particulièrement les médecins remplaçants débutants. Ces mesures, *si elles sont bien utilisées par le contribuable libéral*, ouvrent de nouveau un espace fiscal (et social) qui avait été fermé il y a plus de 10 ans en arrière, et qui ressemble fort à un micro-paradis fiscal, permettant à ses bénéficiaires de viser une rentabilité de leur travail libéral tout à fait inhabituelle... Nous attirons l'attention de nos lecteurs sur le fait que ce micro-paradis fiscal et social est réservé aux seules activités libérales *non soumises à la TVA*, ce qui est le cas de toutes les activités médicales libérales habituelles.

• Le nouveau statut d'Auto-Entrepreneur (encore appelé « Micro-Entreprise ») n'est pas accessible aux médecins libéraux, remplaçants comme installés. Et il y a peu de chance qu'il soit ouvert à cette catégorie de professionnels libéraux avant plusieurs années tant les mises en accord entre les partenaires sociaux concernés sont délicates...

- Une décision de gestion à ne pas manquer : adhérer à une AGA

S'il y a bien une décision utile et rentable que nous vous encourageons à prendre dès le début de votre activité de remplacement, c'est celle d'adhérer à une AGA (Association de Gestion Agrée). Il ne s'agit nullement d'une obligation. Il s'agit d'un choix de gestion majoritairement pertinent.

> Mises en garde - 1/ Pour profiter immédiatement de l'avantage fiscal lié à une AGA, vous devez avoir adhéré au plus tard dans les *cinq mois* de votre début d'activité de remplacements (la date d'affiliation officielle à l'Urssaf faisant foi), ou avant le 31 mai de l'année en cours en cas de première adhésion à une AGA. 2/ Dans quelques *cas particuliers*, il est inutile d'adhérer à une AGA lorsqu'on est médecin remplaçant débutant. Ces situations sont développées dans notre *Lettre de Média-Santé Réf. F401*.

- Et la Cotisation Foncière des Entreprises (CFE) ?

Du moment qu'il n'est pas installé, le médecin remplaçant, débutant ou non, s'il respecte scrupuleusement les indications données ici à propos de l'Urssaf, n'a aucune obligation immédiate de se signaler à son centre des impôts, comme redevable éventuel de la CFE. Cet impôt local, collecté au profit de la commune, du département, de la région et de la communauté d'agglomération, est dû par toute personne qui exerce à titre habituel une activité professionnelle non salariée (y compris les étudiants en médecine). Il est à l'origine de multiples possibilités de dégrèvements, mais peut également déclencher l'obligation de cotiser à la Carmf.

Pascal Lamperti,
Directeur de Média-Santé Conseil

Cet article est un extrait de **La Lettre de Média-Santé** n° 802B. Pour la recevoir gratuitement et dans son intégralité rendez-vous sur : www.media-sante.com/dossier_gratuit_internes

ANNEXE : DANS VOTRE SPÉCIALITÉ , À PARTIR DE QUAND POUVEZ-VOUS REMPLACER ?

| | |
|---|--|
| Anatomie et Cytologies pathologiques | - 4 semestres dans des services agréés correspondant à la spécialité - 1 semestre libre |
| Anesthésie - Réanimation | - 4 semestres dans des services agréés correspondant à la spécialité dont 3 dans des services d'anesthésie et 1 dans un service de réanimation - 1 semestre libre |
| Biologie médicale | - 3 semestres dans des laboratoires - 1 semestre dans un service clinique agréé : ce semestre n'est plus obligatoire. Le bureau du Conseil de l'Ordre a donc décidé que : lorsque l'interne a choisi l'option biologie polyvalente : le semestre clinique peut être remplacé par un des semestres libres → lorsque l'interne a choisi l'option biologie orientée vers une spécialisation : le semestre clinique peut être remplacé par un des semestres dans un service agréé pour un DES ou DESC de la spécialisation. - 1 semestre libre |
| Cardiologie et maladies vasculaires | - 3 semestres dans des services agréés correspondant à la spécialité ; - 2 semestres dans des services agréés pour les DES ou DESC de : chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (endocrinologie – maladies métaboliques, néphrologie, médecine interne, pédiatrie, pneumologie, radiodiagnostic et imagerie médicale, neurologie, réanimation médicale) |
| Gynécologie médicale | - 3 semestres dans des services agréés correspondant à la spécialité ; - 1 semestre libre |
| Hématologie | - 3 semestres dans des services agréés correspondant à la spécialité dont : → au moins 1 semestre dans un service d'hémobiologie clinique et maladies du sang ; → au moins 1 semestre dans un laboratoire central d'hémobiologie des hôpitaux ; - 1 semestre dans un service agréé pour les DES ou DESC de : anatomie et cytologies pathologiques, immunologie et immunopathologie, médecine interne, oncologie, pathologie infectieuse et tropicale, clinique et biologique, pédiatrie, pneumologie, réanimation médicale. - 1 semestre libre |
| Médecine générale | - 2 semestres dans des services agréés pour le DES de médecine générale ; - 1 semestre chez un praticien généraliste agréé Maître de stage |
| Médecine interne | 2 semestres dans des services agréés correspondant à la spécialité ; 1 semestre dans un service agréé pour les DES ou DESC de : cancérologie, immunologie et immunopathologie, pathologie infectieuse et tropicale, clinique et biologique, réanimation médicale, nutrition. - 3 semestres libres |
| Médecine nucléaire | - 3 semestres dans des services agréés correspondant à la spécialité ; - 2 semestres dans des services agréés pour les DES ou DESC de : pathologie cardio-vasculaire, endocrinologie-maladies métaboliques, médecine interne, gastro-entérologie et hépatologie, pneumologie, neurologie, rhumatologie, hématologie, cancérologie, pédiatrie, radiodiagnostic et imagerie médicale, oncologie "service de radiothérapie". |
| Néphrologie | - 2 semestres dans des services agréés correspondant à la spécialité ; - 1 semestre dans un service agréé pour le DESC de réanimation médicale ; - 2 semestres libres |
| Neurologie | - 3 semestres dans des services agréés correspondant à la spécialité ; - 1 semestre dans un service de psychiatrie (ce semestre qui ne figure plus dans la maquette du DES peut être remplacé par un semestre dans un service agréé pour le DES de neurologie) ; - 1 semestre libre |
| Oncologie | Option oncologie médicale : - 3 semestres dans des services agréés correspondant à la spécialité dont 1 semestre dans un service agréé pour l'option de radiothérapie ; - 2 semestres libres Option oncologie radiothérapeutique : - 4 semestres dans des services agréés correspondant à la spécialité dont 1 semestre dans un service agréé pour l'oncologie médicale ; - 1 semestre libre Option onco-hématologie : IL N'EXISTE PAS DE CRITERES DE REMPLACEMENT |
| Pédiatrie | - 4 semestres dans des services agréés correspondant à la spécialité ; - 1 semestre libre |
| Psychiatrie | - 4 semestres dans des services agréés correspondant à la spécialité dont 1 semestre dans un service agréé pour le DESC de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent ; - 1 semestre libre ; |

| | |
|--|--|
| Dermatologie et Vénérologie Endocrinologie, diabète, maladies métaboliques Gastro-Entérologie et Hépatologie Médecine physique et réadaptation Médecine du travail Pneumologie Radiodiagnostic et imagerie médicale Rhumatologie Ophthalmologie ORL et chirurgie cervico-faciale Stomatologie | - 3 semestres dans des services agréés correspondant à la spécialité ; - 2 semestres libres |
| Santé publique et médecine sociale | - 3 semestres dans des services agréés correspondant à la spécialité dont 1 semestre dans un service extra-hospitalier agréé ; - 2 semestres libres |
| Chirurgie générale | - 3 semestres dans un service agréé pour le DESC de chirurgie viscérale digestive ; - 1 semestre dans un service agréé pour le DESC de chirurgie orthopédique et traumatologie ; - 3 semestres libres dont 2 au moins dans des services agréés de disciplines chirurgicales ; OU - 2 semestres dans un service agréé pour le DESC de chirurgie viscérale digestive ; - 2 semestres dans un service agréé pour le DESC de chirurgie orthopédique et traumatologie ; - 3 semestres libres dont 2 au moins dans des services agréés de disciplines chirurgicales ; OU - 3 semestres dans un service agréé pour le DESC de chirurgie orthopédique et traumatologie ; - 1 semestre dans un service agréé pour le DESC de chirurgie viscérale - 3 semestres libres dont 2 au moins dans des services agréés de disciplines chirurgicales (cette option est exigée pour le remplacement d'un chirurgien généraliste à orientation chirurgie orthopédique) |
| Génétique médicale Neurochirurgie Chirurgie orale Chirurgie maxillo-faciale Gériatrie Réanimation médicale | PAS de CRITERES de REMPLACEMENT |
| Chirurgie infantile | - 3 semestres dans des services agréés correspondant à la spécialité ; - 3 semestres dans des services agréés de chirurgie (au moins 1 en chirurgie viscérale et 1 en chirurgie orthopédique et traumatologie) ; - 1 semestre libre |
| Chirurgie Orthopédique et Traumatologie | - 4 semestres dans des services agréés correspondant à la spécialité ; - 1 semestre dans un service agréé pour le DESC de chirurgie viscérale ; - 2 semestres libres |
| Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique | - 3 semestres dans des services agréés correspondant à la spécialité ; - 1 semestre dans un service agréé pour le DESC de chirurgie viscérale ; - 1 semestre dans un service agréé pour le DESC de chirurgie orthopédique et traumatologie ; - 1 semestre dans un service agréé pour les DES d'ORL ou de stomatologie ou pour le DESC de chirurgie maxillo-faciale et stomatologie ; - 1 semestre libre |
| Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire | - 4 semestres dans des services agréés correspondant à la spécialité ; - 1 semestre dans un service agréé pour le DESC de chirurgie viscérale ; - 1 semestre dans un service agréé pour le DESC de chirurgie orthopédique et traumatologie ; - 1 semestre libre |
| Chirurgie urologique | - 3 semestres dans des services agréés correspondant à la spécialité ; - 1 semestre dans un service agréé pour le DESC de chirurgie viscérale ; - 1 semestre dans un service agréé pour le DESC de chirurgie orthopédique et traumatologie ; - 1 semestre libre |
| Chirurgie vasculaire | - 3 semestres dans des services agréés correspondant à la spécialité ; - 1 semestre dans un service agréé pour le DESC de chirurgie viscérale ; - 1 dans un service agréé pour le DESC de chirurgie orthopédique et traumatologie ; - 1 semestre dans un service agréé pour le DESC de chirurgie thoracique et cardio-vasculaire ; - 1 semestre libre |
| Chirurgie viscérale et digestive | - 3 semestres dans des services agréés correspondant à la spécialité ; - 1 semestre dans un service agréé pour le DESC de chirurgie orthopédique et traumatologie ; - 2 semestres dans des services agréés pour les DESC ou DES de : chirurgie infantile, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire, chirurgie urologique, chirurgie vasculaire, chirurgie viscérale, cancérologie "service de chirurgie", oncologie "service de chirurgie". - 1 semestre libre |

L'hôpital, c'est aussi Générale de Santé

1^{er} groupe d'hospitalisation privée

Hôpital privé Saint-Martin Caen - 14 Caen



50% des internes spécialistes¹ (hors médecine générale) déclarent vouloir s'installer dans le privé.

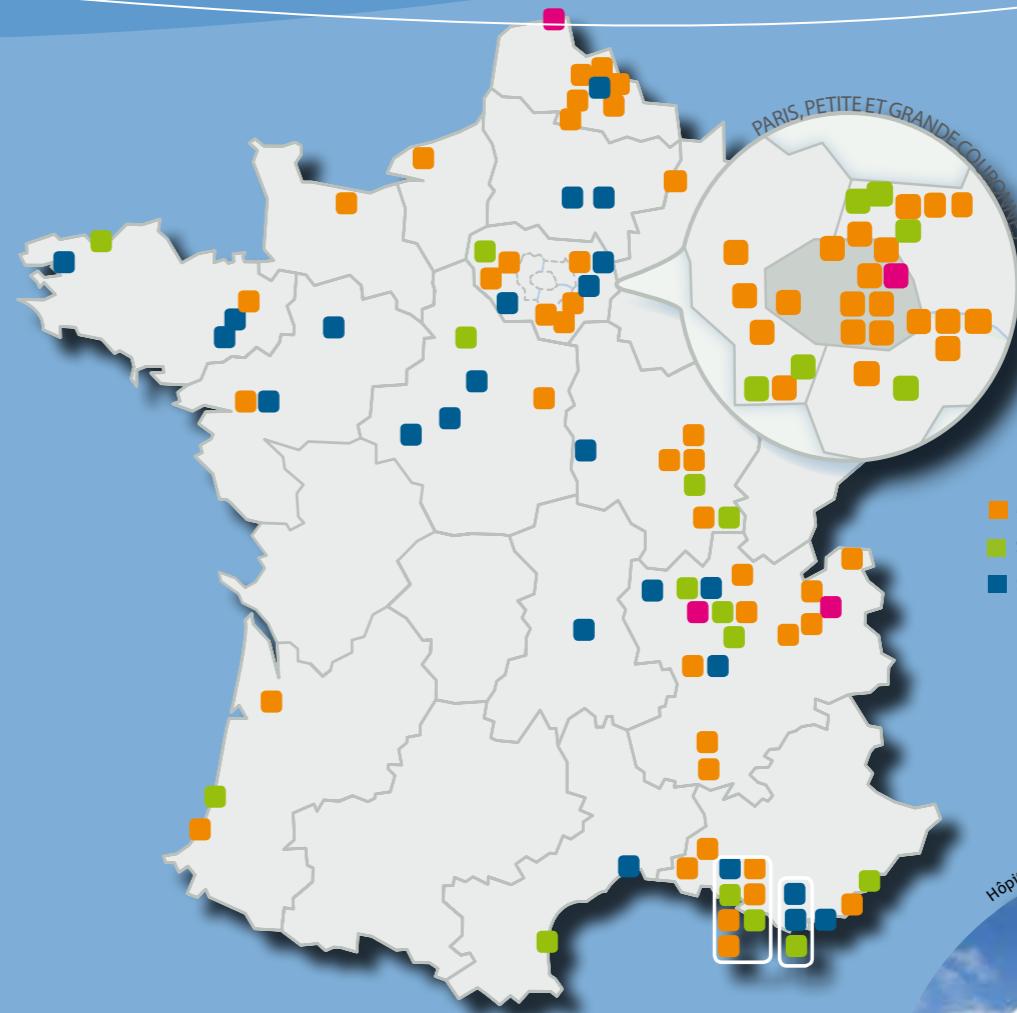
Générale de Santé est attaché au mode d'exercice libéral de la médecine, qui permet de concilier l'indépendance propre au statut libéral et la dimension collective liée au travail en équipe.

64% des internes¹ souhaitent exercer dans un grand établissement.

27 hôpitaux privés sur les 97 établissements privés français de plus de 200 lits et places², appartiennent au groupe Générale de Santé. Ils sont répartis dans des zones géographiques à forte concentration urbaine et dans les grandes métropoles : Ile-de-France, Nord-Pas-de-Calais, Rhône-Alpes, PACA, ...

¹ Résultats d'une enquête menée auprès de 200 internes, interrogés lors du Congrès des internes et chefs de cliniques qui s'est tenu à Paris en octobre 2010

² SAE données administratives - ministère chargé de la Santé et des Sports, DRESS 2009



Faire un stage dans un établissement privé

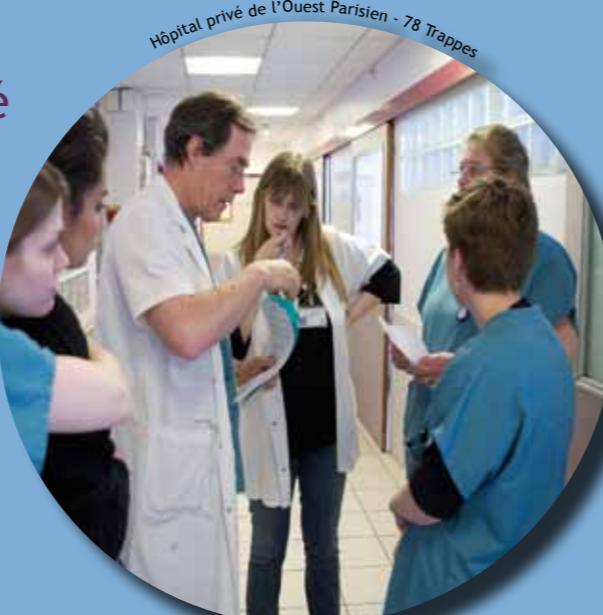
En 2011, des équipes de praticiens du Groupe se sont engagées dans une démarche d'accueil des internes de spécialités. Dès le mois de novembre, les premiers d'entre eux seront accueillis dans certains établissements du Groupe.

Disposer de technologies de pointe

Les investissements permanents du Groupe pour doter ses établissements de plateaux techniques performants permettent aux praticiens de répondre aux attentes des patients en termes de techniques de soins.

Exercer l'une des 35 spécialités médicales

35 spécialités médicales et chirurgicales sont exercées au sein du Groupe avec une forte représentativité en anesthésie, oncologie, obstétrique, radiologie, chirurgie orthopédique, viscérale, ...



110 établissements & centres

Vous souhaitez rencontrer des praticiens qui exercent au sein de Générale de Santé, connaître nos implantations, discuter de votre installation... Retrouvons-nous aux *Rencontres de l'ISNIH* le 21 octobre 2011

**Générale
de santé**

Nous prenons soin de vous

www.generale-de-sante.fr



AGENCE IMMOBILIERES ET LOCATIONS : des dérives à la pelle

Récemment nommé Internes des Hôpitaux, après avoir réalisé le difficile choix de ta ville d'Internat et de ta spécialité, tu vas devoir trouver un appartement. Peut être en location pour commencer d'ailleurs... le parcours du combattant peut commencer alors !

L'UFC Que choisir a réalisé une grande enquête nationale cette année et les résultats sont édifiants ! Certaines agences immobilières sont peu scrupuleuses (de plus en plus à vrai dire) sur un marché de la location où il faut parfois jouer des coudes.

Plusieurs pratiques totalement illégales ou abusives sont malheureusement trop fréquentes.

Les justificatifs demandés : trop c'est trop !

Parmi les abus les plus fréquents, nous notons la pléthora de justificatifs demandés par les agences immobilières. Vos interlocuteurs ne savent généralement pas vraiment pourquoi ils les demandent par ailleurs ni même leur valeur et leur utilité en cas de contentieux. Plus l'agence est importante plus la liste des justificatifs s'allonge selon le vieux principe du « plus c'est long, plus c'est bon ».

De nombreux documents demandés sont en fait interdits par la loi : parmi ces documents justificatifs **non requis** nous citerons notamment :

Une attestation d'employeur en plus du contrat de travail et du bulletin de salaire alors que celle-ci ne peut être demandée qu'en l'absence de contrat de travail et d'attestation de salaire. Certaines agences immobilières vous font même comprendre qu'un interne est un travailleur précaire... (expérience personnelle). En cas de besoin, la direction des affaires médicales peut vous délivrer ce type de document puisque les internes n'ont pas de contrat de travail par définition. La grille des émoluments peut être présentée si vous débutez votre internat et que vous n'avez pas encore de bulletin de salaire.



Une attestation du précédent bailleur

n'est pas plus légale mais elle est également régulièrement demandée.

Une photo d'identité non plus,

elle ouvre la porte à toutes les discriminations...

Une autorisation de prélèvement automatique

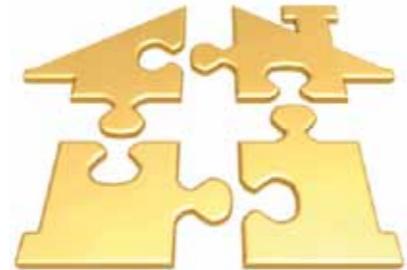
qui représente une facilité de paiement pour le locataire et le bailleur. Mais celle-ci sera souvent utilisée contre votre gré pour facturer des prestations supplémentaires sans votre accord. Nous ne vous parlons pas de la difficulté de vous faire rembourser ou au prix de beaucoup d'énergie.

Un chèque de réservation logement

n'est pas plus légal.

Une carte d'assuré social.

- Voire pis encore, une attestation de bonne tenue de compte bancaire !



Dérapage inacceptable. Ces pratiques sont totalement illégales et scandaleuses, mais si vous avez déjà eu recours à une agence immobilière, il y a fort à parier que l'on vous ait malheureusement demandé cette longue liste de documents. Dans l'enquête dernièrement réalisée par l'UFC Que choisir, 62 % des agences immobilières exigent au moins un document interdit par la loi.

Jusqu'où ira l'inquisition des agences immobilières dans le domaine ? Nul ne le sait dans un marché immobilier souvent contraignant, si personne ne fait appliquer la loi. Les tutelles commencent seulement à se saisir du problème et plutôt timidement à vrai dire.

De même, concernant les cautions/garants, outre la multiplication du nombre de garants demandés (parfois injustifiés), la possibilité d'équivalent par la **caution bancaire** n'est pas respectée par certaines agences immobilières. Pourtant, elle est tout aussi valable et permet à des jeunes internes sans garant de pouvoir louer un logement sans encombre.

Honoraires réclamés : exorbitants et souvent hors la loi

Les honoraires demandés sont de plus en plus élevés pour une prestation qui ne le justifie généralement pas, plus particulièrement dans les réseaux d'agences immobilières. La qualité du service n'a, elle, pas augmenté en regard des sommes demandées constate l'UFC Que Choisir.

Les frais de rédaction du bail sont à partager pour moitié entre le locataire et le bailleur ce qui n'est généralement pas fait. L'ensemble des autres frais est illégal : état des lieux, recherche de biens, visite du bien immobilier... et ces frais ne reviennent en aucun cas à la charge du locataire selon le principe que « rien ne justifie que le locataire paie pour être recherché » selon une décision de justice récente.

Après les marchands de sommeil, les marchands de listes : à proscrire.

Cette pratique consiste à vendre une liste de biens à louer. Le paiement s'effectue avant même la consultation de celle-ci, ce qui est totalement illégal. Cette pratique est notamment



développée dans les villes où il y a pénurie de logement à la location tel Paris. Ces listes sont généralement pléthoriques, non mises à jour (volontairement), enjolivées, avec une quasi totalité des logements déjà loués ou encore indisponibles pour cause de travaux. Le recours aux listes payantes ne permet généralement pas de trouver un logement souligne l'UFC Que Choisir.

Que faire si vous êtes victimes de ces pratiques malhonnêtes :

Fuyez si vous le pouvez !

Un recours est possible auprès de la DGCCRF (Direction Générale de la Concurrence et de la Répression des Fraudes).



Voilà quelques avertissements et conseils qui, espérons-le, vous permettront de ne pas tomber dans ces pièges. A bon entendeur !

Jean-Christophe FAIVRE

Président de l'ISNIH

Interne en Oncologie radiothérapie des Hôpitaux de Nancy

Références légales

Article UFC Que Choisir septembre 2011 n° 495

Loi du 6 juillet 1989 relative aux rapports entre bailleur et locataire

Décision de la Cour d'Appel de Grenoble n° 0300333 du 19/04/2004

La Médecine Physique & Réadaptation (MPR)



La Médecine Physique et Réadaptation (MPR) est une spécialité médicale récente, créée dans les années cinquante, pour répondre aux exigences de prise en charge spécifique et souvent complexe des personnes handicapées.

Aline MORAND

Les champs d'activité extrêmement diversifiées :

Pathologies neurologiques : Accidents vasculaires cérébraux, traumatismes crâniens, scléroses en plaques, neuropathies périphériques, blessés médullaires, syndromes parkinsoniens.

Pathologies de l'appareil locomoteur : Amputés de membre(s) supérieurs ou inférieurs, traumatismes des membres, lombalgie chroniques, prothèses d'épaule, de coude ou parfois de genoux, pathologies ostéo-articulaire mécaniques (tendinopathies, ligamentoplasties, arthrose...) ou inflammatoires, podologie.

Pathologies cardio-pulmonaires : Réentraînements à l'effort, Broncho-pneumopathies chroniques.

Pathologies vasculaires : Artérites oblitérantes des membres inférieurs (AOMI), lymphœdèmes.

Pathologies dermatologiques : Escarres.

Pathologie métabolique : Obésité.

Pathologies urologiques : troubles vésico-sphinctériens, ano-rectaux, génito-sexuels d'origine neurologique ou non.

Pathologies du sport : Entorses, ligamentoplasties.

Pédiatrie : paralysés cérébraux (IMC), séquelles neurologiques acquises (tumeurs, traumatismes crâniens graves, accidents vasculaires cérébraux, méningites, accidents de la



une prise en charge pluridisciplinaire



Eva CHINIER

voie publique...), troubles orthopédiques (scolioses, malformations des membres, fracture(s), tumeurs osseuses, douleurs et difficultés rhumatismales de l'enfant...), polyhandicap.

Rôle du médecin MPR :

Le médecin rééducateur, tel un chef d'orchestre, est le coordinateur d'une équipe paramédicale composée d'infirmières, d'aides soignantes, de kinésithérapeutes, d'ergothérapeutes, d'orthophonistes, de neuropsychologues, de psychomotriciens, de psychologues, de diététiciens, d'assistantes sociales, d'éducateurs sportifs, d'éducateurs spécialisés...

Tout au long de la prise en charge, le médecin MPR :

> Maîtrisera la pathologie et les déficiences dont souffre le patient afin d'assurer la cohérence de la prise en charge :

- Connaitre les bases théoriques anatomiques, physiologiques, biomécaniques, physiopathologiques...
- Evaluer les déficiences : limitation des amplitudes articulaires, déficits cognitifs, moteurs (force, tonus, mouvements anormaux), sensitifs, pelvi-périnéaux....
- Hiérarchiser les limitations d'activité (Ex. communication, alimentation, déplacements...) et les restrictions de participation. **L'analyse fonctionnelle d'une déficience et de ses « conséquences dans la vraie vie » est l'élément-clé de la discipline.**

> Coordonnera la prise en charge rééducative et réadaptative :

- Etablir, en concertation avec le patient, son entourage et l'équipe paramédicale, les objectifs de rééducation et de réadaptation et les moyens thérapeutiques nécessaires afin d'améliorer la qualité de vie.
- Prescrire l'appareillage, les aides techniques et humaines nécessaires.
- Guider le patient dans ses démarches, l'éclairer sur ses droits pour optimiser sa qualité de vie et son insertion sociale et professionnelle.

La Médecine Physique & Réadaptation (MPR)



Cursus de l'interne

L'Internat dure 4 ans avec 4 à 5 stages en MPR et au moins 2 stages en neurologie, rhumatologie ou pédiatrie et 1 stage hors filière (stages en chirurgie orthopédique, neuro-chirurgie, vasculaire, urologie possibles).

Les cours de DES sont organisés sous forme de quinze modules de 2 à 3 jours chacun. Ils sont nationaux, ce qui permet de voyager et sont l'occasion de retrouver les quelque 150 internes de MPR de France.

Journée type d'un interne de MPR

L'organisation de la journée d'une interne de MPR est bien différente de celle d'un interne d'une autre spécialité médicale. En effet, à la différence des services de MCO (Médecine Chirurgie Obstétrique), les patients de MPR ne restent pas dans leur chambre mais passent la plupart de leur journée sur le plateau technique.

Durant la matinée, après avoir réglé quelques problèmes de salle, l'interne va suivre et guider le travail de ses patients sur le plateau technique. Régulièrement, il réévalue les objectifs de rééducation de chaque patient : en terme de déficience (examen clinique minutieux sur une table de Bobath), de limitation de participation (entretien avec le patient, son entourage, l'équipe paramédicale dont les ergothérapeutes) et de restriction de participation.

Les après-midi sont dédiées à l'accueil des patients entrants, aux consultations, aux réunions pluridisciplinaires et aux rencontres de familles.

Mode d'exercice

L'exercice se fait le plus souvent en structure publique ou privée. La plupart des médecins MPR ont des vacations dans des structures médico-sociales (foyer d'accueil médicalisé (FAM), maison d'accueil spécialisée (MAS), service de soins d'aide à domicile (SESSAD), associations). Peu d'entre eux sont installés en libéral. L'exercice libéral est souvent orienté vers la MPR locomotrice et des actes techniques tels que les bilans urodynamiques et les électromyogrammes.

Points forts/faibles :

Points forts :

- Spécialité très clinique.
- Travail en équipe.
- Grande variété de sur-spécialisation.
- Relation approfondie avec le patient.
- Période de suivi longue qui permet d'avoir la satisfaction de voir les progrès du patient.
- Très enrichissante sur le plan humain et gratifiante.
- Horaires de travail corrects qui permettent d'avoir une qualité de vie appréciable.
- Spécialité encore très déficitaire avec des offres d'emploi dans toute la France.
- Discipline jeune avec de nombreux axes de recherche.

Points faibles :

- Peu de démarches diagnostiques.
- Peu de situations d'urgence. (Ceux qui aiment l'adrénaline et le sang qui gicle pourraient se sentir frustrés).
- Le médecin doit savoir être patient : les progrès sont parfois longs et les lourdeurs humaines et institutionnelles font que les choses ne vont pas toujours aussi vite qu'on le souhaiterait, les hospitalisations durent parfois plusieurs mois.
- Il faut savoir être humble et accepter ses limites : tous les patients ne récupèrent ou ne s'améliorent pas, les situations sont parfois humainement difficiles.

- Entretenir une relation privilégiée avec le patient et sa famille afin d'assurer une prise en charge adaptée et de qualité et à long terme : connaître ses souhaits et ceux de son entourage, connaître son environnement.
- Participera aux réflexions et décisions concernant la prise en charge des patients souffrant d'un handicap, que ce soit à leur admission en service aigu, en centre de rééducation ou après le retour à domicile.
- > Complétera l'éducation des patients et parfois supervisera des programmes d'éducation thérapeutique des patients.

- Réalisera couramment des actes techniques: infiltrations intra- articulaires, injections intra- musculaires de toxine botulinique, blocs moteurs, remplissages, réglages et surveillances des pompes à baclofène, manipulations et contrôles des canules de trachéotomie et des cathéters sus-pubiens....D'autres domaines plus spécialisés, sont réalisés par certains médecins MPR : échographie,

analyse du mouvement, urodynamique, isokinétisme, neuropsychologie... Il existe de nombreux DU et DIU qui sont encouragés. Le champ de la spécialité étant trop vaste, on choisit le plus souvent de se spécialiser dans un domaine particulier. La pratique de la MPR est complexe. Elle nécessite une réflexion médicale, éthique et fonctionnelle, une écoute attentive des souhaits du patient et des aidants et s'enrichie des échanges avec les paramédicaux. Face à ces situations complexes, la clef est souvent le bon sens.



*Mr S. amputé trans-tibial bilatéral
remarche grâce à 2 prothèses entre les barres.*

Des voies de recherche porteuses d'espoir

En neurologie :

Étude de la plasticité cérébrale et médullaire (IRM fonctionnelle), analyse du mouvement (analyse quantifiée de la marche (AQMI)), développement de nouvelles voies thérapeutiques (spasticité, stimulations cérébrales profondes) développement de nouvelles techniques de prise en charge rééducative (thérapie par contrainte induite, robothérapie Ex.

ARMEO®, imagerie mentale, réalité virtuelle Ex. simulateurs de conduite, Wii, stimulations transcraniennes magnétiques ou électriques), études fondamentales en neuro-uropathologie (système Brindley®) et en neuropsychologie. Développement de nouvelles techniques substitutives (systèmes informatiques implantés (stimulation musculaire intermittente : bras ou jambe motorisées endo ou exosquelettiques)



une spécialité en constante innovation. Armeo

lopement de nouvelles techniques substitutives (systèmes informatiques implantés (stimulation musculaire intermittente : bras ou jambe motorisées endo ou exosquelettiques)

En pédiatrie : étude de la plasticité cérébrale pendant le développement normal et pathologique. Mise en place de nouvelles techniques de prise en charge rééducative (réalité virtuelle, mouvement imaginé...)

En appareil locomoteur : domotique, télémédecine, métrologie par des techniques informatiques (évolutions des déformations rachidiennes) études socio-économiques des

troubles musculo-squelettiques, recherche fondamentale en rhumatologie (tendinopathies et ondes de choc, vibrothérapie) équilibre, pathologie du sportif, lombalgie, efficacité des programmes de rééducation dans les pathologies rhumato-dégeneratives, en postopératoire, isokinétisme...

En appareillage : mise au point de nouvelles prothèses (myoélectrique au membre supérieur avec dissociation du mouvement des doigts, appareillage précoce moignon ouvert des amputés de membres inférieurs avec des prothèses de contact...), nouvelles orthèses (Ex. système Basko® de suppléance du quadriceps)

Nous contacter :

Les internes de MPR sont dotés d'une association dynamique, l'AJMER (Association des Jeunes Médecin en médecine physique Et Rééducation), qui favorise le lien entre les internes des différentes villes. Elle représente les internes auprès du collège des enseignants de MPR (COFEMER) et participe à ses côtés à l'organisation de formation, à l'établissement d'un référentiel et de compétence du troisième cycle.

Président de l'AJMER: Raphael Gross, Nantes

www.ajmer.fr ou associationajmer@gmail.com

Aline MORAND,
interne en 8ème semestre de MPR CHU d'Angers

Eva Chinier,
interne en 4ème semestre de MPR au CRRRF (Centre Régional de Rééducation et de Réadaptation Fonctionnelles) à Angers

HOSPITALISATION PRIVÉE VOTRE AVENIR !

DES TERRAINS DE STAGE VOUS ATTENDENT

L'HOSPITALISATION PRIVÉE PREND EN CHARGE

8,5 millions de patients par an
2 millions de passages dans les
134 services d'urgences, **50 %** des accueils en urgence se font dans des établissements privés sur certains territoires
58 % des séjours chirurgicaux
30 % des interventions cardiaques
47 % des séjours chirurgicaux dits « lourds »
71 % des séjours en chirurgie ambulatoire
28 % des accouchements
25 % des séjours médicaux
40 % des traitements anti-cancéreux
34 % des traitements de dialyse

Source : étude de l'Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation, avril 2009.

Grâce à la loi HPST, nos plateaux techniques chirurgicaux et obstétricaux, nos services de réanimation, de surveillance continue, de soins intensifs et d'urgences ainsi que nos services de médecine sont désormais vos nouveaux terrains de stage. L'hospitalisation privée est plus que jamais une opportunité de premier plan pour votre exercice médical et chirurgical, aujourd'hui comme demain.

L'hospitalisation privée médecine, chirurgie, obstétrique : l'excellence au cœur du système de soin français

Les 700 établissements hospitaliers privés exerçant une activité de médecine, chirurgie et obstétrique maillent le territoire français et sont des acteurs sanitaires essentiels. Ayant passé des contrats avec les ARS, ils sont soumis aux mêmes obligations et objectifs que leurs partenaires du secteur public. Ils exercent le même métier : accueil de tous, prise en charge quotidienne des missions de service public, objectifs de sécurité et qualité des soins.

BVM/AC. Crédit photo : Fotolia

Pour en savoir plus :

Fédération de l'hospitalisation privée • Médecine, Chirurgie, Obstétrique
81 rue de Monceau 75008 Paris
www.fhp-mco.fr

FHP
MCO
MÉDECINE CHIRURGIE OBSTÉTRIQUE



DEUX SYSTÈMES PROCHES MAIS BIEN DIFFÉRENTS...

Le Service de Santé des Armées a mis en place une profonde restructuration des études médicales à partir de 2004. C'est en partie pour cela que, entré à L'Ecole du Service de Santé des Armées (ESSA) de Bordeaux en 2002 mais rapidement désireux d'une carrière hospitalière, j'ai quitté la voie militaire pour rejoindre la médecine civile, après avoir longuement pesé les avantages et inconvénients des deux systèmes.

Mise en place de l'ECN en 2004, un éventail de spécialités différent dans l'Armée :

Avant 2004, tous les futurs médecins militaires suivaient un cursus de médecine générale. Cette formation consistait en sept années aux cotés des étudiants civils dans les facultés de Bordeaux et Lyon, puis deux années plus spécifiques à l'exercice de la médecine militaire au sein des hôpitaux militaires. Après trois années en tant que médecin dans une Garnison, il leur était possible de présenter l'Assistanat, concours ouvrant l'accès aux spécialités hospitalières. Ce concours permettait d'accéder à la spécialité de son choix, étant donné que les places étaient ouvertes certes en fonction des besoins du Service mais surtout en fonction des désiderata de chacun. Cela autorisait, au prix de 4 ou 5 années d'études supplémentaires, une carrière hospitalière pour ceux qui ne s'étaient pas épanouis en médecine générale.

Depuis 2004, les Aspirants Médecins, comme les externes civils, passent l'ECN afin de pourvoir les postes d'Internes de Médecine Générale et de Spécialité. Ceci s'est accompagné d'une quasi suppression de l'Assistanat – il reste uniquement quelques postes tous les ans – et de l'impossibilité pour un médecin généraliste de se réorienter.

De plus les postes de spécialités offerts sont en proportion plus rares que dans le civil, avoisinant seulement 30 % contre 50 % dans le civil, et le panel proposé est nettement dominé par les chirurgies viscérale et orthopédique, l'anesthésie réanimation, la psychiatrie, spécialités à vocation opérationnelle.

Il s'agit donc là d'une spécificité du cursus militaire, à ne pas méconnaître pour les jeunes bacheliers intéressés depuis toujours par une spécialité hospitalière.

Les contraintes de la vie militaire :

Etre médecin militaire, c'est avant tout être Officier de carrière et ceci impose des contraintes. Parmi elles – je n'en avais réellement envisagé aucune en rejoignant l'ESSA à 17 ans – trois me sont apparues au fil des années de plus en plus lourdes au point de préférer une carrière civile : le poids du contrat, les mutations itératives, les opérations extérieures.

> Bien jeune pour s'engager sur deux décennies :

Une fois franchi l'écueil du concours d'entrée, on est rapidement invité à parapher son contrat. Celui-ci lie le futur médecin militaire pour « deux fois la durée des deux premiers cycles des études médicales et trois fois la durée du troisième cycle ». Ainsi, celui qui se destinera à la médecine générale sera lié au Ministère de la Défense pour 21 ans pendant que le futur spécialiste sera sous contrat pour 24 à 27 ans.

> Des mutations itératives :

Les médecins généralistes rejoignent leur première affectation pour 3 à 5 ans. Puis vient le temps de la première mutation, en métropole ou parfois outre-mer. Il n'est pas rare qu'un médecin d'unité en fin de carrière ait connu quatre ou cinq garnisons. Ces mutations sont moins fréquentes pour les spécialistes, mais il est peu probable de passer quinze ou vingt ans dans le même hôpital.

> Les opérations extérieures :

Le médecin généraliste participe pour des périodes de 6 mois aux Opérations Extérieures, plus connues sous l'abréviation « OPEX ». Tous les ans pour les plus jeunes, moins souvent en avançant dans l'âge, ces valeureux médecins œuvrent en Afrique ou encore en Afghanistan, terrain de tous les dangers...

Quant aux médecins spécialistes, deux cas de figure : ceux exerçant une spécialité à vocation opérationnelle sont fréquemment projetés sur les théâtres extérieurs pour des périodes de deux à quatre mois, tandis que les autres spécialistes – exerçant la plupart des spécialités médicales – ne seront que très peu concernés.

Rapidement attiré par quelques spécialités hospitalières et incertain d'y avoir accès dans le système militaire, j'ai préféré rejoindre la médecine civile, qui assure aussi selon moi une vie privée moins tumultueuse...

De plus, dans mon cas, quel aurait été l'intérêt de poursuivre une carrière militaire dans une spécialité hospitalière sans vocation opérationnelle ?

Après quelques stages hospitaliers j'ai donc pris conscience qu'il est bien trop tôt, à 17 ou 18 ans, pour parapher ce contrat nous engageant pour les vingt cinq prochaines années, alors qu'on ne connaît rien de la médecine ni de la vie militaire...

Bien qu'ayant dû faire face à une vague de démissions ces dernières années, le Service de Santé assure sa pérennité grâce à de nombreux jeunes médecins motivés, peu refroidis par les contraintes et avides de découvrir le monde !

Un quotidien bien différent pour le Médecin Généraliste : Le médecin généraliste finit son cursus universitaire et rejoint sa Garnison avec le grade de capitaine. Avec une solde confortable, le médecin d'unité fait des semaines de 35 heures dans sa Garnison.

L'activité quotidienne comprend visites systématiques annuelles, visites d'aptitudes, traumatologie légère et quelques consultations d'infectiologie. Notez bien premièrement que le médecin généraliste a globalement une patientèle en bonne santé puisque composée de militaires jeunes et sportifs, et deuxièmement que le personnel militaire peut consulter le médecin généraliste de son choix, ce qui peut amputer une partie de l'activité. Tout au cours de l'année, il sera chargé du soutien sanitaire lors de manœuvres militaires sur le terrain.

A côté de ce quotidien varié, le médecin d'unité peut garder contact avec la médecine d'urgence en faisant des gardes dans les centres hospitaliers publics des alentours.

En opération extérieure, l'activité est totalement différente : la médecine de guerre aux secours des blessés est parfois au premier plan, sans oublier le soutien psychologique aux troupes engagées et la médecine d'aide aux populations.

Des carrières hospitalières proches des carrières civiles : La carrière des médecins spécialistes ressemble à s'y méprendre à celles de leurs homologues civils. Les

internes de spécialité sont affectés à l'un des 9 Hôpitaux d'Instruction des Armées – HIA de Paris, Clamart, Saint Mandé, Bordeaux, Brest, Metz, Marseille, Toulon, Lyon – après leur choix de spécialité selon leur classement à l'ECN.

La plupart des semestres d'internat sont effectués dans l'hôpital militaire d'affectation puis une année de Clinicas est offerte à tous. L'activité hospitalière est proche de celle dispensée dans les structures civiles car les hôpitaux militaires sont ouverts aux civils, qui représentent une grande majorité de la patientèle. La taille et les moyens thérapeutiques des HIA sont plus proches de ceux de nos hôpitaux périphériques que de nos grands CHU. Avec au total 3000 lits, ils proposent une bonne formation générale sans permettre partout une formation hyperspecialisée comme dispensée au sein de nos hôpitaux universitaires. Une fois leur formation achevée, les médecins spécialistes exercent dans leur structure militaire – l'activité libérale est proscrite – et en opérations extérieures quand leur spécialité a une vocation opérationnelle.

Une carrière qui peut se poursuivre dans le civil :

S'il est très difficile de quitter le Service de Santé des Armées avant le terme du contrat, les médecins militaires peuvent bénéficier d'une retraite dès la fin de leur engagement. Alors rendus à la vie civile dès la quarantaine, ces praticiens désireux de quitter la médecine militaire peuvent poursuivre leur carrière médicale dans une structure publique ou privée. Les autres peuvent évidemment poursuivre et terminer leur carrière sous les drapeaux.

Jean-Pierre Lafourcade
interne en 4^e semestre de radiologie, CHU de Bordeaux.





LE BAL DE L'INTERNAT 2011 LA RÉSURRECTION

Le 29 avril 2011 a vu renaître le prestigieux Bal de l'Internat. L'aventure était périlleuse quand on songe au chemin à parcourir un an plus tôt. Malgré les difficultés annoncées, une poignée d'internes déterminés, peut-être insensés, décida alors de se lancer pour faire revivre l'événement.

Qui n'a jamais entendu parler du Bal de l'Internat ? Il représente une tradition ancienne dont la première trace écrite remonte à 1880. C'est avec le plus vif regret que nos aînés, chefs et maîtres ont vu s'étioler au fil du temps ce qui fut et doit redevenir un pilier du patrimoine culturel et de l'identité des professions médicales françaises.

En 1965, le Bal de l'Internat s'est transformé en une Nuit de l'Internat, réunissant 3000 convives au Palais Royal.

Annuel jusqu'en 1968, il prend ses quartiers d'été en 1976 sous un gigantesque chapiteau sur le Champ de Mars. Au bord de l'oubli, il est relancé en 1991, 1992, 1993 sous la gigantesque énergie du Comité de l'Internat. En 2002, le Bal du Bicentenaire de l'Internat s'est produit Salle Wagram à Paris et en 2003 au Cirque Diana Moreno Bormann. Le succès fut phénoménal, mais l'ampleur de l'organisation en a découragé plus d'un les années suivantes.

Ne pouvant tolérer cette situation plus longtemps, l'Association de Protection du Patrimoine de l'Internat (APPI) et l'association Le Plaisir Des Dieux ont décidé de mettre en œuvre l'ensemble des moyens nécessaires à la réalisation d'un Bal de l'Internat 2011 digne de ce nom, mettant en évidence le caractère toujours vivant de cette culture.

S'il fallait dresser le décor de cette édition 2011, imaginez pour le dîner des tables à perte de vue dans une salle prestigieuse. La salle est remplie, c'est le Salon des Miroirs, nichée dans le Passage Jouffroy, tout à côté du Musée Grévin à Paris. C'est une réinterprétation à la mode 1920 de la galerie des Glaces du Château de Versailles, lieu insolite classé aux Monuments Historiques. Près de 250 convives ont répondu à l'appel pour le Dîner et 500 pour le Bal.



Certains diront que c'est peu. Certes mais chacun avait la fougue et l'élan qui firent l'éclat des Bals de jadis. Ils arrivèrent progressivement, tous avaient suivi la consigne de venir déguisé.

Les uns et les autres avaient rivalisé d'ingéniosité pour que chaque costume se démarque par son originalité. Avant le début du repas, l'atmosphère est électrique. Chacun connaît la valeur et la rareté de l'événement. Le nombre de places étant limité, seuls les plus rapides ont obtenu une place pour le dîner. Certains conserveront et arboreront fièrement des années durant leur ticket nominatif, pièces uniques créées pour l'occasion, tant le moment est sacré.

Le bal fut fidèle aux traditions avec un dîner sur table suivi d'une soirée dansante. Le repas fut animé de spectacles et créations artistiques originales réalisées par les internes. Comme en salle de garde, les conventions habituelles sont renversées. Le spectacle est à la fois sur scène et dans la salle, le tout dans un joyeux charivari. Les spectacles se succèdent, entrecoupés par les chansons et battues lancées depuis la salle pour encourager ou féliciter la virtuosité des uns et des autres. Le Bal est une forme particulière de rencontre des promotions d'internes.

J'ai éprouvé pour ma part tellement de plaisir à chaque étape de ce projet que j'encourage sincèrement les générations futures à prendre notre suite pour continuer à faire vivre la magie du Bal de l'Internat. Si on me proposait en 2012 de recommencer, nul doute j'en serai ! Et vous en 2012 pour le Bal de l'Internat vous ferez quoi ?

Pour le comité du Bal.
Rémy MAS

Secrétaire de l'association le Plaisir Des Dieux.
Pour tout complément d'information :
<http://www.leplaisirdesdieux.fr/>



Jeunes médecins : toutes les réponses aux questions que vous vous posez pour votre installation :
revenus, démarches obligatoires, contrat... mais aussi de nombreux conseils et des offres d'installation

PETIT APERÇU DE LA NEWSLETTER QUI VOUS ATTENDRA BIENTÔT DANS VOS BOÎTES MAILS ..

Négociations conventionnelles, réforme de l'internat et du post internat, politique de santé : voilà quelques sujets d'actualité auxquels les internes ne comprennent pas grand chose. Cette incompréhension est, simplement, liée à un défaut d'informations claires.

C'est en partant de ce constat que l'ISNIH a décidé de doter les internes d'une newsletter mensuelle (gratuite).

Cette newsletter délivrera mensuellement des informations sur les modifications du cursus de l'internat, sur la formation et les droits des internes, ainsi que sur leur exercice futur et sur les actualités importantes relatives à la médecine.

Cette newsletter sera constituée comme une revue de presse mensuelle envoyée par mail. Le contenu (environ 10 liens vers des articles en accès libre) sera sélectionné parmi les principaux organismes de presse médicale.

Une proposition d'inscription sera envoyée aux internes par leur bureau des internes, il sera également possible de s'inscrire directement depuis le site de l'ISNIH : www.ISNIH.com.

Nous espérons que cette newsletter répondra à vos besoins ; elle vous permettra de mieux comprendre vos droits et d'impliquer les internes dans les négociations concernant leurs intérêts et l'amélioration de leur formation.

Ci dessous : l'exemple de 2 articles permettant de mieux comprendre les évolutions récentes de la convention médicale.

(Le Quotidien du médecin)

1971-2011 : de la première convention nationale au règlement arbitral

(1ère parution le 16/03/2011) Comme le « Quotidien », la convention médicale s'apprête à fêter ses 40 ans ! C'est en octobre 1971 que la CSMF, la FMF et FO portent la première convention nationale sur les fonts baptismaux. Les principes inscrits dans la charte libérale de 1927 sont réaffirmés. Les conventions départementales disparaissent. La profession accepte une forme d'autodiscipline sur les honoraires en échange de garanties sur la protection sociale. Déjà la question de la maîtrise des dépenses pointe son nez. Les médecins disposent de tableaux statistiques d'activité des praticiens (TSAP). Progressivement, la machine

conventionnelle se structure et cette culture partenariale se diffuse. En 1976 déjà, la deuxième convention (76-81) est signée sans heurts majeurs et confirme la logique de 1971. En 1978, le premier plan de rigueur (Barre) va durcir le climat, en même temps qu'apparaît le concept d'enveloppe globale. Rapidement surviennent les premiers plans d'économies, le blocage des honoraires. Le début de la décennie 80 sera riche de rebondissements : troisième convention (80-85) signée cette fois par la seule FMF avec la création controversée du secteur II à honoraires libres (les médecins renoncent aux avantages sociaux), blouses blanches dans la rue, « matraquage de médecins » en juin 1980 sur le pont Alexandre III (lire aussi page 25)...

En 1981, l'alternance politique annonce une période compliquée entre le gouvernement et les médecins. Mais la politique conventionnelle suit son chemin avec la signature en 1985 d'une quatrième convention (CSMF et FMF) autour du principe de « maîtrise concertée » des dépenses. À partir du milieu des années 80, les impératifs économiques se font incontournables : plan(s) Séguin, incitation au départ des médecins en préretraite... Le bilan conventionnel est mitigé et des milliers de médecins font le choix de passer en secteur II (quand s'ouvre une fenêtre conventionnelle).

Le gel du secteur II

En mars 1990 est signée la cinquième convention nationale (90-92) qui prévoit le gel du secteur II sauf pour les anciens chefs de clinique. Elle instaure le « contrat de santé » prévoyant un abonnement du patient chez le généraliste. L'avenant sera annulé. La convention elle-même sera invalidée.

En 1993, la loi Teulade jette les bases d'un système de maîtrise médicalisée des dépenses (objectifs annuels, RMO, codage des actes, notion de dossier médical...). En octobre, la CSMF et le SML signent une nouvelle convention sur ces principes.

Les Ordonnances Juppé d'avril 1996 vont bouleverser les

règles. La convention unique est dénoncée et remplacée par des conventions spécifiques (généralistes et spécialistes) en mars 1997. Elles prévoient la mise en place d'une option conventionnelle (qui deviendra le médecin référent) mais aussi un mécanisme de sanctions en cas de non-respect de l'objectif des dépenses. Les deux conventions seront annulées par le conseil d'État en 1998. Les spécialistes exercent désormais sous le régime du règlement conventionnel minimal (pénalisant) tandis que, côté généralistes, la CNAM (pilotée par la CFDT) et MG-France adoptent une convention séparée créant le médecin référent. En 1999 nouvelle annulation partielle de la convention et abrogation du mécanisme de sanctions. Pendant toute cette période, la CSMF cultive son statut d'opposant, sous la houlette de Claude Maffioli.

Au début des années 2000, nouvelles turbulences. Après un mouvement de grève d'une ampleur inédite (novembre 2001-juin 2002), qui se cristallise sur la permanence des soins, les

médecins libéraux obtiennent dans la rue des revalorisations tarifaires (C et V). Les négociations sont pilotées directement par le gouvernement et l'Elysée tandis que la convention spécifique pousse ses derniers feux.

En 2004, la loi de réforme de l'assurance-maladie ouvre une nouvelle ère. Elle se traduira par la convention médicale de 2005 instaurant le médecin traitant et les parcours de soins, paraphée par l'assurance-maladie (aux mains d'un directeur aux pouvoirs renforcés) et trois syndicats (CSMF, SML et Alliance). Une trentaine d'avenants suivront sur la maîtrise médicalisée, la CCAM, l'octroi de bonus sur les honoraires dans les zones désertifiées ou encore la fin du médecin référent. Mais le partenariat conventionnel se délite à partir de 2008 et laisse la place à une paralysie totale. Depuis mai 2010, les médecins libéraux exercent sous le règne du règlement arbitral en attendant la nouvelle convention.

> C. D.

(Agence de Presse Médicale)

CONVENTION MÉDICALE : LES PRINCIPALES MESURES

PARIS, 21 juillet 2011 (APM) - Un protocole d'accord sur la convention médicale a été signé dans la nuit de mercredi à jeudi entre l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (Uncam) et trois syndicats de médecins libéraux après 18 heures de négociations, a constaté l'APM au siège de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS).

Ce projet de convention d'une centaine de pages sans les annexes, reprend l'ossature de la convention de 2005 en confortant le parcours des soins coordonnés, et ajoutant à la structure de rémunération des médecins un volet récompensant la **performance en fonction de l'atteinte d'objectifs "de santé publique"**, découlant du contrat d'amélioration des pratiques individuelles (Capi).

Le dispositif repose sur le suivi d'indicateurs gradués en nombre de points, portant sur **l'organisation du cabinet et la qualité du service d'une part** (400 points, dont 150 points pour le volet médical de synthèse et 100 points pour la tenue d'un dossier patient informatisé), et de la "qualité de la pratique" (objectifs de santé publique) d'autre part (900 points).

Un médecin remplissant la totalité des objectifs peut espérer quelque 9.100 euros par an, pour une patientèle moyenne de 800 assurés.

Parmi la première série d'indicateurs, figurent notamment la mise à disposition de justificatifs témoignant de l'utilisation

de la tenue d'un dossier médical informatisé, de l'utilisation d'un logiciel d'aide à la prescription, d'outils permettant la télétransmission et l'utilisation des téléservices et, pour le **seul médecin traitant, la mise à disponibilité d'une fiche de synthèse pour les patients**.

Les indicateurs de santé publique sont ceux présentés le 12 mai et concernent le suivi des pathologies chroniques (diabète et hypertension artérielle), la prévention et la maîtrise médicalisée des prescriptions, avec des objectifs à atteindre sur la patientèle en termes de vaccination, de dépistage, de prescription du générique, etc.

Le dispositif sera étendu à d'autres spécialités, à commencer par les cardiologues, les endocrinologues, les gastroentérologues et les pédiatres, avec un premier avenant d'ici au 31 décembre 2011.

SECTEUR OPTIONNEL EN SUSPENS

Le texte inclut également, sous réserve d'un avenant spécifique d'ici fin septembre, le **déploiement du secteur optionnel pour trois spécialités** utilisant les plateaux techniques lourds (anesthésie, chirurgie et gynécologie-obstétrique), sur la base du protocole d'accord tripartite conclu en octobre 2009 (cf APM VGMJG001).

Les spécialistes qui opteraient pour ce secteur devraient réaliser un minimum de 30% d'actes en tarifs opposables, des compléments d'honoraires pouvant être pratiqués sur l'activité restante à raison d'un maximum de 50% du tarif opposable par acte, en échange notamment d'engagements

en termes de lisibilité des honoraires et de qualité des soins et des pratiques professionnelles.

Ce nouveau secteur d'exercice serait mis en place pour une durée initiale de trois ans, au bout de laquelle sa généralisation à d'autres spécialités pourrait être envisagée si le bilan effectué à cette occasion est positif. La prise en charge des compléments d'honoraires de ce secteur ne sera pas incluse dans les contrats responsables.

DEMOGRAPHIE ET INSTALLATION

Le texte prévoit la reconduction des dispositions de l'avenant n°20 (cf APM MHKCS002), selon le zonage établi en 2005 par les missions régionales de santé (MRS, devenues agences régionales de santé -ARS), dans l'attente de l'adoption des nouveaux schémas régionaux d'organisation des soins (Sros), qui devraient entériner un doublement des zones sous-médicalisées.

Dès l'entrée en vigueur de ces nouveaux schémas, une nouvelle option "démographie" serait instituée pour les médecins exerçant dans un cadre regroupé ou au sein de pôles de santé et assurant les deux tiers de leur activité dans les **zones identifiées comme sous-dotées en médecins**.

Le médecin choisissant l'option s'engage à exercer au même endroit, à ne pas cesser son activité pendant trois ans, et à participer à la permanence des soins.

En contrepartie, il bénéficie d'une aide forfaitaire annuelle à l'investissement (5.000 euros par an s'il exerce en groupe, 2.500 euros s'il exerce en pôle de santé) et d'une aide à l'activité correspondant à 10% de son activité clinique (consultations et visites), plafonnée à 20.000 euros par an s'il exerce en groupe (5% et 10.000 euros pour l'exercice en pôle).

Le projet prévoit également la création d'un **contrat santé solidarité** pour l'exercice ponctuel en zone sous-dotée en médecins, institué par l'article 43 de la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires (HPST).

L'option "santé solidarité territoriale", ouverte pour trois ans aux généralistes, prévoit un engagement à exercer en zone sous-médicalisée pendant 30 jours par an minimum (contre 45 initialement), en contrepartie de la prise en charge de leurs frais de déplacement et d'une rémunération complémentaire correspondant à 10% de leur activité (consultations et visites) dans la limite de 20.000 euros par an.

SPECIALITES CLINIQUES REVALORISEES

L'accord prévoit des revalorisations pour cinq spécialités cliniques dont l'activité a subi l'impact du parcours de soins coordonnés déployé par la convention de 2005 : la dermatologie, la pédiatrie, la psychiatrie, la gynécologie médicale et l'endocrinologie.

Sont ainsi prévues pour les dermatologues la création d'une consultation spécifique pour le dépistage du cancer cutané (2C, soit 46 euros) et la facturation simultanée des biopsies cutanées, tandis que le forfait sécurité dermatologie (FSD) est porté de 35 à 40 euros.

Pour les pédiatres, l'accord harmonise les tarifs des trois consultations obligatoires donnant lieu à certificat médical (huitième jour, neuvième mois, 24ème mois), en les alignant sur celui de la consultation du huitième jour, pour laquelle les praticiens pouvaient coter une majoration de 5 euros (MBB).

Ils bénéficieront également d'une consultation spécifique entre la sortie de la maternité et le 28ème jour, sur la base de recommandations de la HAS de novembre 2005 sur la préparation à la naissance et à la parentalité. Elle sera cotée 38 euros pour les praticiens de secteur 1 et 35 euros pour les praticiens de secteur 2.

Enfin les pédiatres de secteur 1 pourront coter une majoration de 3 euros pour les enfants de 2 à 6 ans.

Le texte prévoit également que les généralistes et les gynécologues puissent coter en plus de la consultation le frottis cervico-vaginal employé dans le cadre du dépistage du cancer du col de l'utérus.

Les consultations et visites des psychiatres (CNPSY et VNPSY) sont respectivement portées à 37 et 47 euros contre 34,30 euros et 44,30 actuellement.

L'accord propose la création d'une consultation de psychiatrie effectuée dans un délai de 48 heures à la demande du médecin traitant, cotée 1,5 CNPSY (54 euros), et d'élargir les conditions de réalisation des consultations familiales en pédopsychiatrie.

L'accord propose par ailleurs pour les médecins traitants la création d'une visite longue et complexe pour les malades d'Alzheimer ou souffrant d'une maladie neurodégénérative en présence des aidants (souhaitée par le chef de l'Etat, Nicolas Sarkozy) valorisée à hauteur de 2V, soit 66 euros.

Il inclut un élargissement des possibilités de cotation de la majoration pour le spécialiste en endocrinologie et en médecine interne avec compétence en diabétologie (MCE, 10 euros).

Pour les médecins à exercice particulier (MEP), le projet revalorise le forfait de surveillance thermale (70 euros contre 64,03 euros) et le tarif de la séance d'acupuncture, qui passe de 12,5 à 18 euros.

L'accord permet par ailleurs à l'ensemble des spécialistes de pouvoir coter l'avis ponctuel de consultant (C2,46 euros) suivie d'une consultation de synthèse cotée CS à l'issue d'examens complémentaires effectués par un autre professionnel de santé. Cela n'était auparavant autorisé qu'aux médecins dont l'activité clinique dépassait 90% de leur activité totale.

Julien ROUSSEAU
Interne en médecine générale à Lille



L'Institut de Cancérologie Gustave Roussy, premier centre de lutte contre le cancer en Europe est un établissement privé participant au service public hospitalier et habilité à recevoir des dons et legs. Il constitue un pôle d'expertise global contre le cancer entièrement dédié aux patients. Il réunit sur un même site près de 2500 professionnels dont les missions sont le soin, la recherche et l'enseignement. L'IGR en chiffres : 337 lits et 83 places d'hôpital de jour, 210 médecins statutaires, 880 soignants, 162.000 consultations et 43.000 patients suivis par an, 27 équipes de recherche, 300 chercheurs, 2.800 étudiants, chercheurs et médecins formés par an. Site Internet : www.igr.fr



Recrute un médecin à orientation oncologue

Au sein de l'équipe du département de Radiothérapie, vous assurez la prise en charge médicale partagée des patients accueillis dans l'unité d'hospitalisation propre au département. L'unité comporte 26 lits dont 8 lits de curiethérapie et prend en charge des patients porteurs de pathologies variées (ORL, gynécologie, oncologie thoracique, etc...) recevant fréquemment des associations radio-chimiothérapeutiques. Une expérience préalable en oncologie, en médecine interne ou en gériatrie serait particulièrement appréciée. Votre fonction vous permet d'accéder par ailleurs aux multiples activités médico-scientifiques et pédagogiques que propose l'Institut.

Merci d'adresser lettre de motivation et CV à l'Institut de Cancérologie Gustave Roussy au Pr Nicolas DALY-SCHVEITZER, 114 rue Edouard Vaillant, 94805 VILLEJUIF Cedex ou par mail : nicolas.daly-schveitzer@igr.fr

Le Groupe 3H recrute sur ses établissements des Pays de la Loire.

Merci de contacter
le Docteur Hervé Vansteene,
Directeur de l'information et de la relation médicale,
par téléphone au 02 51 44 44 54
ou par mail : hvansteene.3g@sa3h.fr



Implantés dans la région Languedoc Roussillon, nos 6 établissements MCO, SSR, Centres de santé recrutent
des médecins toutes spécialités
(statut salarié ou libéral)

Contactez-nous au
04 67 75 97 84
ou
envoyez votre CV
contact@languedoc-mutualite.fr
www.languedoc-mutualite.fr



Union régie par le code de la Mutualité, enregistrée sous le n° 444 279 699

GROUPEMENT DE CLINIQUES PRIVÉES ET DE MAISONS DE RETRAITE MÉDICALISÉES - PARIS / PROCHE BANLIEUE



Nos établissements fonctionnent en réseau coordonné de soins pour permettre une offre multidisciplinaire de proximité et une prise en charge globale accessible à tous les patients.

MCO, SSR, Centres de Dialyse, Services d'Urgence, Centres de consultations pluridisciplinaires, Pôles d'Excellence en Cardiologie, Cancérologie, Nutrition-Obésité-Diabète, Gériatrie, ce sont 13 établissements, + de 1300 lits et places, + de 550 praticiens

REJOIGNEZ NOS ÉQUIPES

Pour tout renseignement, contactez le Service recrutement : rh@sante-retraite.org - 01 40 46 42 24 - www.sante-retraite.org

LE CENTRE HOSPITALIER DE LANNION (Côtes d'Armor)



RECRUTE PRATICIEN HOSPITALIER DANS LES SPECIALITÉS SUIVANTES :

1 radiologue | 1 neurologue | 1 gynécologue-obstétricien

3 urgentistes | 1 gastro-entérologue | 1 MPR Temps Plein

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

Pour tout renseignement s'adresser à :

Monsieur le Directeur des affaires médicales | Tél : 02.96.05.71.19 | Courriel : sec-affairesmedicales@ch-lannion.fr



Le Centre Hospitalier Régional de La Réunion regroupe
le Centre Hospitalier Félix Guyon et le Groupe Hospitalier Sud Réunion.

Distants d'environ 90 kilomètres, ces deux établissements bénéficient d'une capacité de 1700 lits et places et de 5200 personnels. Le Centre Hospitalier Régional de La Réunion dispose d'un budget d'exploitation de plus de 500 millions d'euros par an. Il figure au 15^{ème} rang parmi les 32 C.H.R - C.H.U en termes d'activité.

Six missions ont été attribuées au Centre Hospitalier Régional de La Réunion :

→ **Structurer** de véritables filières de prise en charge, comportant l'ensemble de la gamme des activités de proximité, de référence et de recours

→ **Tirer vers le haut** l'ensemble des structures hospitalières de La Réunion

→ **Garder** aux réunionnais la possibilité d'être soignés sur place, y compris pour des soins de haute technicité, en évitant des évacuations sanitaires vers la métropole

→ **Développer** la place de la réunion dans l'océan indien dans le domaine sanitaire, en intensifiant les coopérations

→ **Valoriser** les carrières médicales à la Réunion et fidéliser les jeunes médecins

→ **Installer le CHU** dans ses missions d'enseignement et de recherche



LE CHR DE LA REUNION RECRUTE DES MEDECINS SPECIALISTES :

→ Sur le site CHR-GHSR de Saint Pierre :

- Chirurgie Urologique
- Chirurgie Thoracique et Vasculaire
- Oncologie
- Radiologie
- Chirurgie vasculaire et urologique
- Ophtalmologie

→ Sur le site CHR-CHFG de St-Denis :

- Neurologie
- Néphrologie
- Rhumatologie
- Chirurgie Vasculaire
- Radiologie
- Anesthésie

Contact :

M. Michel CALMON, Directeur Général

Candidatures à adresser à :

Mme Hélène COURDENT, Directrice des Affaires Médicales - helene.courdent@chr-reunion.fr

Tél : 02 62 35 90 46 (CHR - Site du GHSR) - Tél : 02 62 90 58 91 (CHR - Site du CHFG)



MÉDECINS - PROFESSIONNELS DE SANTÉ - ETUDIANTS

EXERCER EN GUYANE,

DÉCOUVRIR UNE MÉDECINE...

POURQUOI PAS VOUS ?


**UN DÉPARTEMENT
FRANÇAIS
EN AMÉRIQUE
DU SUD**

- Un territoire immense et deux fleuves frontaliers
- Une mosaïque interculturelle et une population jeune
- Un patrimoine naturel exceptionnel


**UNE RÉGION EUROPÉENNE
DE TECHNOLOGIES
ET DE PROGRÈS**

- Un réseau de partenaires techniques
- Des dispositifs intermédiaires adaptés
- Un système de télémédecine innovant


**DES DISPOSITIFS
D'ACCOMPAGNEMENT**

- Un soutien à la formation des étudiants
- Des aides à l'installation et à l'investissement
- Des mesures fiscales incitatives



POUR PLUS D'INFORMATIONS :

www.guyane.paps.sante.fr 

66, avenue des Flamboyants - BP 696 - 97000 CAYENNE Cedex
tél : 05.94.25.49.89 - fax : 0594 25 72 91

www.ars.guyane.sante.fr

VIVEZ PLEINEMENT VOTRE PASSION !



URPS

COMMUNAUTE HOSPITALIERE DE TERRITOIRE RANCE EMERAUDE

LA COMMUNAUTE HOSPITALIERE DE TERRITOIRE DE SAINT MALO – DINAN - CANCALE

RECHERCHE Radiologues (Statut PH, Contractuel, Assistant, Praticien Attaché)

Ces postes, basés à Saint-Malo, s'intègrent dans le cadre d'une Communauté Hospitalière de Territoire avec le Centre Hospitalier de Dinan (25 km). Le service d'Imagerie Médicale comprend notamment des équipements lourds sur chacun des sites.

Pour tout renseignement :

Dr ILLES, Responsable de Structure Interne : 02.99.21.21.22
Mme RADUREAU : 02.99.21.20.05
(Directrice de la Stratégie Communautaire et des Affaires Médicales)

Ces postes complètent une équipe de 8 radiologues temps plein avec un service de référence (Saint Malo) et un site associé (Dinan)
Astreintes de télétransmission entre les 2 sites

Le Centre Hospitalier Régional Universitaire de Brest

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

recrute pour son site de Carhaix un Médecin Généraliste

- Activité de médecine polyvalente au sein d'une unité à orientation endocrinologie-pneumologie
- Intégration au sein d'une équipe médicale
- Possibilité de disposer de vacations dans les services hospitalo-universitaires du CHRU
- Contexte de reconfiguration de l'offre médicale et de mise en place de nouvelles activités
- Formation : possibilité de prise en charge de la capacité de gérontologie par l'établissement dans le cadre de la FMC (formation médicale continue)

Renseignements et candidatures à adresser à :
M. Gwendal MARINGUE - Directeur des Affaires Médicales
Centre Hospitalier et Universitaire 2, avenue Foch 29609 BREST cedex
Tél. : 02.98.22.37.80 Fax : 02.98.22.38.43
sec.affairesmedicales@chu-brest.fr



Gbna Polycliniques

LE GROUPE PROPOSE DES POSTES POUR DES MÉDECINS ET CHIRURGIENS LIBÉRAUX SUR L'UN DE SES 8 ÉTABLISSEMENTS BORDELAIS.

www.bordeauxnord.com

CHAQUE ANNÉE, L'ENSEMBLE DU GROUPE COMPTE :

- 552 praticiens sous contrat d'exercice,
- 40 000 hospitalisations,
- 32 000 passages en chirurgie ambulatoire,
- 41 000 passages aux urgences,
- 4 600 naissances,
- 34 000 séances de dialyse,
- 27 500 examens scanner et IRM.

Contacts et informations :
Philippe CRUETTE / 05 56 43 71 05
y.noel@bordeauxnord.com

Le Centre Hospitalier Régional Universitaire de BREST

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

recrute un Médecin DIM

- A temps plein à partir du 1er janvier 2012.

• Le profil général recherché est un médecin ayant une formation initiale en Santé Publique et Information Médicale ou doté d'une solide expérience dans cette discipline. Un profil de poste détaillé est à la disposition des médecins intéressés.

Renseignements et candidatures à adresser avant **le 31 octobre** à :
M. Gwendal MARINGUE - Directeur des Affaires Médicales
Centre Hospitalier et Universitaire 2, avenue Foch 29609 BREST cedex
Tél. : 02.98.22.37.80 Fax : 02.98.22.38.43
sec.affairesmedicales@chu-brest.fr



ARS Guadeloupe • St Martin • St Barthélémy

Située dans l'archipel des petites Antilles, la Guadeloupe est un département français d'Outre Mer. Avec ses collectivités de St Martin et de St Barthélémy, elle s'étend sur une superficie de plus de 1 700 km² et abrite environ 450 000 habitants. Son territoire de santé couvre 23 établissements de santé (publics et privés) avec 2 796 lits, 4 IRM, 3 scanners, 5 structures d'accueil des urgences, et son champ d'action concerne la maternité, la médecine, la Santé mentale, la chirurgie, les soins de suite, la cancérologie, la nutrition, la gériatrie, l'hémodialyse...

Le Centre Hospitalier de Monteran se renforce et recrute

• 1 psychiatre et/ou pédopsychiatre

Adressez vos candidatures à :
Centre Hospitalier de Monteran
Direction des Ressources Humaines • 97 120 St Claude
Ou par mail : francis.faranit@ch-monteran.fr
Pour tout renseignement : Tél. secrétariat DRH : 0590 80 55 66

Le Centre Hospitalier Gérontologique du Raizet, complète son équipe et recherche

• 1 Praticien gériatre

Adressez vos candidatures à :
Centre Hospitalier Gérontologique du Raizet
Direction des Ressources Humaines
Morne Verguin • BP 481 • 97 183 Abymes cedex
Ou par mail : contact@chgeront-gpe.fr
Pour tout renseignement : Tél. secrétariat DRH : 0590 21 37 63

SANTÉ & RETRAITE
CLINIQUES ET MAISONS DE RETRAITE

13 Etablissements
Un réseau coordonné de soins de proximité pour une prise en charge globale du patient sur Paris et sa proche banlieue

Professionnels de la santé, rejoignez nos équipes !

Maternité, Chirurgie, Soins Continus, USIC,
Médecine, Services de Médecine d'Urgence,
Réanimation médicale, Soins de Suite,
Cancérologie, Nutrition, Gériatrie, Hémodialyse

Envoyez-nous votre CV par mail : rh@sante-retraite.org
www.sante-retraite.org



LE CENTRE PSYCHOTHERAPIQUE DE L'ORNE A Alençon (61)

Recherche

**Praticiens Hospitaliers à Temps Plein ou Temps Partiel,
statutaires ou contractuels**

Pour tous renseignements, contacter la direction (tel : 02 33 80 71 04)

Les lettres de candidature et C.V sont à adresser à :

Monsieur le Directeur - Direction des Ressources Humaines
CENTRE PSYCHOTHERAPIQUE DE L'ORNE - BP 358 - 61014 ALENCON CEDEX
Mail : directioncpo@cpo-alencon.net

Pour les pôles de
PSYCHIATRIE INFANTO JUVENILE
et de **PSYCHIATRIE ADULTES.**



Recrute un médecin anesthésiste-réanimateur

Merci d'adresser lettre de motivation et CV à l'Institut Gustave Roussy au Dr Jean-Louis BOURGAIN, 114 rue Edouard Vaillant, 94805 VILLEJUIF Cedex ou par @mail : jean-louis.bourgain@igr.fr

Premier centre de lutte contre le cancer en Europe, l'Institut de Cancérologie Gustave Roussy est un établissement privé, à but non lucratif (PSPH) et réunit sur le même site 2000 collaborateurs. L'IGR prend en charge 44 000 patients et dispose de 400 lits. Ses missions : Soigner, Chercher, Enseigner et Informer.

L'activité clinique est variée et l'équipement de haut niveau. Elle s'exerce au sein d'une unité de soins continus et d'un nouveau bloc opératoire moderne et spacieux de 14 salles, de 2 salles de consultation et de 12 lits continus. Annuellement plus de 7000 anesthésies et plus de 1600 poses de voies veineuses centrales sont pratiquées. Outre l'objectif de qualité des soins, l'IGR s'oriente résolument vers l'enseignement et la recherche. Il est ainsi possible de développer des programmes d'investigation ou de formation à orientation clinique. Le service accueille chaque semestre six internes encadrés au plan clinique et académique.



LE CENTRE HOSPITALIER DE MONTLUCON

Département de l'allier (Auvergne), situé à 1h de Clermont-Ferrand et à 3h de Paris.
914 lits, postes et places - Bassin d'attractivité : 150 000 habitants sur 4 départements.

Engagé dans une recherche dynamique de coopération inter établissements,
Vous propose, afin de conforter son positionnement d'établissement pivot du bassin de santé,
des postes en

- ➡ ANESTHESIE
- ➡ CARDIOLOGIE
- ➡ GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
- ➡ RADIOLOGIE
- ➡ SAU/SMUR

Ensemble construisons l'hôpital de demain.

Pour tout renseignement administratif :

Affaires Médicales

a.cazal@ch-montlucon.fr ou c.saez@ch-montlucon.fr
04 70 02 36 63 - 04 70 02 42 29

Le Centre Hospitalier de Soins de Suite et de Réadaptation Lorrain/Basse-Pointe de la Martinique

Descriptif

Établissement Public de Santé comprenant 110 salariés, de 105 lits autorisés, labellisés en neurologie et appareil locomoteur, ouvert en 2005. Environnement et cadre de vie : Nord Atlantique de l'île, idéal pour les loisirs nautiques.

Mesures d'aide à l'installation prévues

RECRUTE Des médecins titulaires ou contractuels



PERSONNE À CONTACTER :
MME SYNTHIA MOTY
EMAIL : smoty@chilbp.fr
TÉL. : 0596 53 27 49
FAX : 0596 53 27 90

Postes proposés :

- 2 praticiens en médecine physique et réadaptation
- 1 praticien gériatrie
- 1 praticien en médecine générale

Centre Hospitalier de Pont à Mousson

Le Centre Hospitalier de Pont-à-Mousson, situé s/ l'axe Metz-Nancy, compte 79 lits répartis dans les services de Médecine, de SSR et en UHCD, + un EHPAD de 80 lits

RECRUTE

Ces postes sont à pourvoir immédiatement

Pour son service URGENCES-SMUR

1 Médecin Urgentiste titulaire de la C.M.U. ou en cours, expérience en SMUR – Poste de PH ou Praticien Contractuel ou Assistant Spécialiste temps plein,

Pour son service de MEDECINE

1 Médecin avec expérience en gériatrie, médecine interne ou médecine polyvalente – Poste de PH ou Praticien Contractuel temps plein

Pour son service de RADIOLOGIE-SCANNER

1 Médecin avec expérience radiologie conventionnelle,mammographie,scanner – Poste de PH ou Praticien Contractuel temps plein



Adresser lettre + CV à
Centre Hospitalier de Pont-à-Mousson –
Place Colombé – 54701 PONT-A-MOUSSON.
Email : b.delotal@ch-pontamousson.fr

LE CENTRE HOSPITALIER SPÉCIALISÉ INTERDÉPARTEMENTAL D'AINAY LE CHATEAU

Situé à 300 kms de Paris - A 1 h 30 de Clermont Ferrand - A 40 minutes de Bourges, Montluçon ou Moulins - Proche A71 - en lisière de la forêt de Tronçais



RECRUTE 1 PSYCHIATRE (Pour compléter son équipe médicale)

Inscription au Conseil de l'Ordre Exigée
Possibilité de logement sur place

temps plein

Comprendant :
- un secteur de Psychiatrie Adulte
- 540 places en Accueil Familial Thérapeutique
- une Unité de Soins de Longue Durée de 40 lits

Les candidatures, avec curriculum vitae, sont à adresser à :
Monsieur le Directeur
CHSI
6 bis rue du Pavé - 03360 AINAY LE CHATEAU

Renseignements au :
Tél : Mr MONARD - 04.70.02.26.12
e.mail : direction@chsi-ainay.fr
Site Internet : www.chsi-ainay.fr



Le Centre Hospitalier Sud Gironde

à 30 min de BORDEAUX par autoroute,
1 heure de l'océan, à proximité des Pyrénées, sur l'axe Bordeaux -Toulouse.

Etablissement pivot sur le territoire Sud-Gironde, bi-site, disposant de toutes les disciplines, dotés d'un plateau technique avec scanner et IRM en cours d'installation, HAD 40 places, équipes mobiles ...
Programme de travaux en cours d'un montant de 50 millions €.

Pour tous renseignements vous pouvez joindre :
France BERETERBIDE
Directrice Adjointe Affaires Médicales
Secrétariat 05 56 76 57 46 ou 05 56 76 57 01 - france.bereterbide@ch-langon.fr

RECHERCHE pour son site de Langon

3 PRATICIENS pour ses services de :

- Gynécologie - obstétrique
- Médecine à orientation gastro-entérologie
- Médecine à orientation cardiologie



Premier centre de lutte contre le cancer en Europe, l'**Institut de Cancérologie Gustave Roussy** est un établissement privé, à but non lucratif (PSPH) et réunit sur le même site 2000 collaborateurs. L'IGR prend en charge 44 000 patients et dispose de 400 lits. Ses missions : Soigner, Chercher, Enseigner et Informer.

Recrute un médecin radiologue

Ce poste est à pourvoir dès que possible.

Merci d'adresser lettre de motivation et CV à l'**Institut de Cancérologie Gustave Roussy** au Dr Clarisse DROMAIN, 114 rue Edouard Vaillant, 94805 VILLEJUIF Cedex ou par @mail : clarisse.dromain@igr.fr

Hôpital référent du Territoire Flandre-Lys

A 15 MN du CHRU de Lille (Nord)



(250 lits MCO)

RECHERCHE DES MEDECINS A TEMPS PLEIN

- 1 PNEUMOLOGIE
- 1 ENDOCRINO-DIABETOLOGUE
- 1 GASTRO ENTEROLOGUE
- 1 RADIOLOGUE TEMPS PLEIN OU TEMPS PARTIEL

Pour tout renseignement contacter

Mme B MONTIGNIES

03.20.48.33.25

bmontignies@ch-armentieres.fr

LE CENTRE HOSPITALIER DE SAINT-QUENTIN (02)

2ème établissement de la région Picardie, offre 976 lits dont 521 en MCO et un plateau technique complet récemment reconstruit.

RECHERCHE ↗ 1 URGENTISTE ↗ 1 RADIOLOGUE

Possibilité de contacter :

Mme le Dr BERTEAUX
b.berteaix@ch-stquentin.fr
03.23.06.72.02

Adresser candidature et curriculum vitae à :

Monsieur le Directeur
B.P. N°608 - 02321 SAINT-QUENTIN Cedex
directiongenerale@ch-stquentin.fr
Tél : 03.23.06.73.30.

SAINT-QUENTIN
est une ville de 60 000 habitants située à :

- 160 Kms de PARIS (1h15 par voie ferroviaire et 1h30 par autoroute)
- 100 Kms de LILLE (1h par autoroute)
- 75 Kms d'AMIENS (45mn par autoroute)
- 90 Kms de REIMS (50mn par autoroute)



CENTRE HOSPITALIER DE SAINT-POL-SUR-TERNOISE (62)

RECRUTE

► 1 PRATICIEN HOSPITALIER TEMPS PLEIN (H/F)

Pour exercer en Soins de suite et réadaptation
Gériatriques et soins palliatifs (lits identifiés)

Contacter :

J. HUGBART - Directeur

tél.: 03.21.03.20.00 - mail: direction.hopital.stpol@wanadoo.fr



LE CENTRE HOSPITALIER COMMINGES PYRENEES

Recherche un Médecin Urgentiste

pour compléter une équipe dynamique de 12 praticiens.

Le CHCP travaille actuellement à un projet ambitieux de regroupement sur site unique à l'horizon 2014.

Pour tout contact :

Docteur TURI Laurent - PH service des urgences - SMUR
Tél : 05.62.00.44.20 - Courriel : turilau@free.fr

M. THIEULE Jean-Claude - Directeur des Affaires Médicales.
Tél : 05.62.00.40.22 - Courriel : jeanclaude.thieule@ch-saintgaudens.fr

*Poste de Praticien Hospitalier Contractuel temps plein disponible immédiatement
Ouvert à l'ensemble des statuts avec possibilité d'accompagnement*

Service URGENCES - SMUR avec accueil médico-chirurgical pour adultes et enfants, 18 000 passages/an.

SMUR primaire (850) et secondaire (250).

UHCD 6 lits adultes + 2 pédiatriques.

Base de travail hebdomadaire de 48 heures avec plages additionnelles payées.



E.P.S.
ESQUIROL

Bienvenue aux Hôpitaux de Saint-Maurice pour votre formation et pour y travailler en tant que jeune médecin,



Les Hôpitaux de Saint-Maurice accueillent des internes tous les semestres,

- soit dans ses pôles cliniques de psychiatrie et de pédopsychiatrie qui assurent la politique publique de santé mentale à Paris et aussi dans le Val-de-Marne, soit dans le pôle femme-enfant (Maternité de niveau 2a 2500 accouchements) sectorisé sur les communes autour du bois de Vincennes,
- soit en service de soins de suite (rééducation) et en traitement d'insuffisance rénale chronique.

En plus de la pratique de ces disciplines, l'offre complémentaire de formation apportée par des praticiens compétents consiste en « Séminaires sur les entretiens cliniques – conférences et présentations cliniques – séances de bibliographie » pour la psychiatrie et, pour la gynécologie obstétrique, en une importante activité scientifique et universitaire en matière de médecine ultrasonore et de diagnostic anténatal dont les travaux sont présentés lors de « soirées d'échographie » organisées à l'hôpital Troussseau, trimestriellement. La filière soins de suite et rééducation dispose aussi d'un centre de référence pour maladie rare (CRM).

A ce titre, elle a une mission de recherche qui se traduit par une activité de publication conséquente.

Accès pour tous au Centre de Recherche Documentaire qui répond à toutes les demandes de recherches médicales, paramédicales et administratives.

Accès à sa base de données ADMED et à ses abonnements online.

Les Hôpitaux de Saint-Maurice constituent un grand pôle hospitalier à la périphérie-est de Paris (Porte Dorée)

Hôpitaux de Saint-Maurice – 12-14, rue du Val d'Osne – 94410 SAINT-MAURICE

CENTRE HOSPITALIER COSNE SUR LOIRE (Nièvre)

Situé à 2 h de Paris par A77

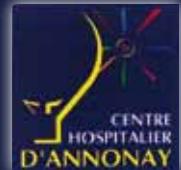
43 lits Médecine (dont 5 de Surveillance Continue), Urgences-SMUR, 25 lits de SSR, 30 lits d'USLD, EHPAD.



Recherche pour son service de Médecine UN CARDIOLOGUE Temps Plein

- Prise en charge cardiaque des patients de Médecine et des services de SSR, USLD
- Réalisation des échographies cardiaques, épreuves d'effort, holter (plateau technique hospitalier)
- Consultations externes pour les patients de ville.
- Possibilité d'une journée par semaine au CH de NEVERS pour des actes de cardiologie interventionnelle.

Contact : Madame GUIMIOT, Président de la CME - tel: 03 86 26 54 54 - mail: pharmacie@hopital-cosne.fr



CENTRE HOSPITALIER D'ANNONAY

Pour accompagner son développement et l'accroissement actuel de son activité médicale et chirurgicale, le centre hospitalier d'Annonay – nord Ardèche

recherche les spécialistes suivants :

- | | | |
|--|-----------------------|---------------------|
| → 1 chirurgien orthopédiste supplémentaire | → 1 pneumologue | → 1 gynécologue |
| → 1 chirurgien digestif supplémentaire | → 1 gastroentérologue | → 1 gérontre |
| → 1 interniste | → 1 pédiatre | → des anesthésistes |
| → 1 néphrologue | | |

S'adresser au directeur : Patrick CHARRIER - Centre Hospitalier d'Annonay - B.P. 11907 103 ANNONAY - Cedex
Téléphone : 04 75 67 35 80 - Télécopie : 04 75 67 89 00 - Courriel : pcharrier@ch-annonay.fr



LE CENTRE HOSPITALIER DE LISIEUX (14)

Hôpital de recours de son territoire, situé au cœur du Pays d'Auge, 30 km de la mer, 180 Km de Paris, 50 km de Caen, 80 Km de Rouen

Recherche, en vue de compléter ses équipes,

2 anesthésistes temps plein | 2 ophtalmologues chirurgicaux | 1 chirurgien ORL

Bloc opératoire neuf, activités de chirurgie viscérale, vasculaire, orthopédique, ORL, stomatologie, réhabilitation et extension du service de réanimation avec mise en place de 8 lits de soins intensifs, scanner, IRM.

Nouveau bâtiment mère/enfant ouvert en septembre 2010.

Plateau technique ophtalmologie : phaco, micro leica, argon, orthoptie.

Les candidatures sont à adresser à Monsieur le Directeur du Centre Hospitalier – 4, rue Roger Aini – B.P. 97223 – 14107 LISIEUX Cedex – Tél : 02.31.61.30.69 – v.mouchel@ch-lisieux.fr



Premier centre de lutte contre le cancer en Europe, l'Institut de Cancérologie Gustave Roussy est un établissement privé, à but non lucratif (PSPH) et réunit sur le même site 2000 collaborateurs. L'IGR prend en charge 44 000 patients et dispose de 400 lits. Ses missions : Soigner, Chercher, Enseigner et Informer.

Résident h/f

Au sein de l'équipe d'oncologie médicale, encadré par un résident senior et deux praticiens spécialistes, vous assurez la prise en charge médicale des patients hospitalisés dans le département de cancérologie cervico-faciale qui intègre une unité de chimiothérapie de 10 lits.

Dans ce poste, vous bénéficiez des enseignements organisés au sein de l'IGR et participez aux travaux de recherche clinique du département.

Titulaire d'un diplôme de spécialité, ou en cours de formation en oncologie ou cancérologie, vous possédez une bonne expérience clinique en oncologie médicale. Une compétence en médecine interne serait également très appréciée.

Merci d'adresser lettre de motivation et CV à l'Institut Gustave Roussy au Pr Joël GUIGAY, 114 rue Edouard Vaillant, 94805 VILLEJUIF Cedex ou par e-mail : joel.guigay@igr.fr

LE CENTRE HOSPITALIER DES PORTES DE L'OISE

Le centre hospitalier des Portes de l'Oise a son siège à Beaumont sur Oise dans le Val d'Oise et comprend 1100 personnels dont 1000 agents non médicaux et 100 médecins.

Il dispose d'activités MCO, psychiatriques et médico-sociales.



Il recherche

- DES MÉDECINS URGENTISTES
- ET DES MÉDECINS RADIOLOGUES,

PH, contractuels, attachés qui pourront évoluer vers des postes de PH

Contactez DRH : 0139371351 ou e-mail : direction.personnel@chi-desportesdeloise.fr



CENTRE HOSPITALIER DE VENDÔME

(42 mn de Paris en TGV)

Recherche

UN MÉDECIN GÉRIATRE OU EN COURS DE FORMATION

Pour son pôle gériatrie (3 praticiens hospitaliers temps plein)
EHPAD-Court séjour gériatrique-SSR

Adresser lettre de candidature et C.V. au | Directeur du centre hospitalier | B.P. 108 | 41106 Vendôme cedex

Contacts | Directeur (M. Leprêtre) tél : 02 54 23 33 00 | Chef de pôle (Drishac) tél : 02 54 23 33 91



CENTRE HOSPITALIER DE VENDÔME

(Loir et Cher)

Recherche

UN MÉDECIN PSYCHIATRE TEMPS PLEIN

Vendôme, ville d'art et d'histoire, à 40 mn de Paris (T.G.V.) et Tours (R.N. 10), aux portes des châteaux de la Loire et de la Sologne

Adresser lettre de candidature et C.V. au | Directeur du centre hospitalier | B.P. 108 | 41106 Vendôme cedex

Contacts | Directeur (M. Leprêtre) tél : 02 54 23 33 00 | Chef de pôle psychiatrie (Dr Nouredine) tél : 02 54 23 33 66



HOPITAL JOSEPH DUCUING

TOULOUSE centre ville

- Etablissement privé à but non lucratif ESPIC (Établissement de Santé Privé d'Intérêt Collectif)
- Hôpital général (150 lits)
- Service d'urgences / UHCD - Surveillance continue
- Activité obstétricale et chirurgicale (2000 accouchements par an, gynécologie, chirurgie viscérale, orthopédie, endoscopie)
- Médecine Interne et oncologie
- Soins palliatifs

Adresser CV et candidatures à :

Directeur des affaires médicales et service de chirurgie

Aux mails suivants : ljonca@hjd.asso.fr et sfrtsch@hjd.asso.fr

HÔPITAL JOSEPH DUCUING - 15 rue Varsovie 31027 TOULOUSE CEDEX 3

Tél : 05 61 77 34 82 - Télécopie 05 61 59 81 22

Recherche

pour compléter son équipe de praticiens de chirurgie viscérale et digestive (3 praticiens)

UN CHIRURGIEN VISCERAL ET DIGESTIF TEMPS PLEIN

→ Ancien chef de clinique assistant

→ Rémunération CCN FEHAP du 31 octobre 1951 (33 CA / 18 RTT)



Allo Medic Assistance

Depuis 25 ans, ALLO MEDIC ASSISTANCE est l'intermédiaire privilégié des établissements de santé publics, privés et des médecins remplaçants.

Vous recherchez à effectuer des remplacements ? ALLO MEDIC ASSISTANCE vous propose :

- Des missions allant de 24h à plusieurs mois
- Sur l'ensemble du territoire national et les DOM-TOM

Dans les spécialités suivantes :

- Anesthésie
- Réanimation
- Radiologie
- Cardiologie
- Médecine d'urgence SAMU/SMUR
- Gériatrie
- Médecine Polyvalente
- Pédiatrie
- Gynécologie-Obstétrique
- Chirurgie
- Psychiatrie
- Biologie médicale
- Pneumologie



ALLO MEDIC ASSISTANCE
24, Place Raoul Follereau - 75010 PARIS
Tél : 01.48.03.13.00 - Fax : 01.48.03.02.62
E-mail : allomed@allo-medic.com



Le Pôle d'Anesthésie Réanimation du CHU de Nice exerce son activité sur 4 sites dont 3 hôpitaux pour Adultes (Pasteur, St Roch et l'Archet) et un hôpital pédiatrique (Lerval). Le Pôle est animé par 3 PU-PH, 55 praticiens hospitaliers, 4 Chefs de clinique et 27 internes.

Les activités hospitalières couvrent l'ensemble des missions usuelles d'un CHU avec les développements les plus récents de la spécialité concernant entre autres : l'anesthésie loco régionale, l'activité de chirurgie lourde incluant les greffes avec développement d'un projet sur les greffes intestinales, la réanimation du polytraumatisé, les techniques modernes de ventilation et d'hémodynamique, le développement de la chirurgie ambulatoire.

La perspective d'ouverture en 2013 d'un nouvel hôpital "Pasteur2" (avec à terme une activité chirurgicale sur 25 salles opératoires) est l'opportunité de mettre en place une nouvelle dynamique d'équipe et de développer des aspects jusque là cloisonnée comme l'anesthésie réanimation d'urgence : un projet novateur sur la création d'un Trauma Center est en cours.

De plus le Pôle d'Anesthésie Réanimation est fortement impliqué dans la simulation médicale au niveau de la Faculté de Médecine, permettant de développer les aspects pédagogiques et de formation continue.

Enfin, outre la recherche clinique, le Pôle est associé à des équipes de recherche (U895 en particulier) et travaille au développement de la recherche translationnelle sur les thématiques de l'ischémie reperfusion et de la réponse au stress cellulaire.



COMMUNAUTE HOSPITALIERE DE TERRITOIRE RANCE EMERAUDE



Centre Hospitalier de Saint-Malo



Centre Hospitalier de Cantale



Centre Hospitalier de Dinan

LE CENTRE HOSPITALIER "René PLEVEN" de DINAN (Côtes-d'Armor - Bretagne)

RECRUTE pour le pôle de gériatrie 2 médecins à temps plein

Capacitaire en gériatrie ou en cours de formation

Pour rejoindre son équipe au sein d'un pôle dynamique, sur des projets attractifs.

Le pôle de gériatrie propose une offre de soins avec : consultations mémoire, équipe mobile de gériatrie, équipe mobile de soins palliatifs, court séjour gériatrique (22 lits), soins de suite et de réadaptation (65 lits), unité cognitivo-comportementale, USLD (60 lits) EHPAD (297 lits)

Pour tout renseignement :

Monsieur le Docteur THIRION, responsable du Pôle Gériatrie
Tél. : 02.96.85.71.45

Candidatures à adresser à :

Monsieur le Directeur - Centre Hospitalier "René PLEVEN"
Rue Chateaubriand - B.P. 91056 - 22101 DINAN CEDEX
direction@ch-dinan.fr
Tél. : 02.96.85.72.90 - Fax : 02.96.85.72.91

RECHERCHE

- TROIS PRATICIENS HOSPITALIERS OU
- PRATICIENS CONTRACTUELS A TEMPS PLEIN
- URGENTISTES A TITRE PERMANENT

pour son service Accueil-Urgences-SMUR et U.H.T.C.D. de Dinan

24 000 passages/an

Temps de travail décompté en temps continu, 42h/semaine – Repos post garde

Pour tout renseignement : Monsieur le Docteur JABRE - Tél. : 02.96.85.72.85

Candidature à adresser à :

M. le Directeur de la CHT
CH DINAN BP 91056 - 22101 DINAN CEDEX
Tél. 02.96.85.72.90 - Fax 02.96.85.72.91 - direction@ch-dinan.fr



Le Centre hospitalier de Lons-le-Saunier (Jura), établissement de 580 lits et places, plateau technique performant, recrute

ANESTHESISTES - REANIMATEURS PRATICIENS HOSPITALIERS TEMPS PLEIN

Pour intégrer une équipe de 11 anesthésistes-réanimateurs
Gardes séparées en anesthésie et réanimation

Profil souhaité : Anesthésiste réanimateur - Compétence en ALR échoguidée bienvenue (échographe dédié à l'ALR)

Pour plus d'information, vous pouvez contacter :

Dr Patrice VIENOT, responsable d'UF anesthésie - Tél. 03 84 35 60 34 – poste 1106

Courriel : patrice.vienot@ch-lons.fr

Dr Pascale COUZON, présidente de la CME - Tél. 03 84 35 60 33

Courriel : pascale.couzon@ch-lons.fr

Merci d'envoyer votre dossier de candidature à :

CH Lons-le-Saunier – DRH

BP 364 – 55 rue du Docteur Jean Michel

39016 LONS-LE-SAUNIER Cedex

Le Centre Hospitalier Intercommunal Eure Seine - Hôpitaux d'Evreux et de Vernon (27)



RECRUTE

- 1 Anesthésiste Réanimateur
- 1 Hématologue
- 1 Pédiatre

Plus de 1 000 lits dont 540 en MCO - Important plateau technique
OUVERTURE D'UN NOUVEL HOPITAL EN OCTOBRE 2010

Envoyer candidature et curriculum vitae à :

Madame Carole LEGER - Direction des Affaires Médicales - CHI Eure Seine - Rue Léon Schwartzberg - 27 015 EVREUX Cedex

Tél : 02.32.33.81.26 - Fax : 02.32.33.81.99 - Courriel : carole.leger@chi-eureseine.fr



CLINIQUE DU CHATEAU DE PREVILLE A ORTHEZ (64300)

RECHERCHE PSYCHIATRE LIBERAL

Pour association sans apport de fonds avec consultations privées dans l'enceinte de la clinique.

Merci d'adresser votre candidature à :

Mme NOEL marie.t.noel@wanadoo.fr

Tel : 05 59 69 77 50 – site : www.cliniquepreville.fr



Polyclinique Marzet - Pau (64000)

Etablissement médico-chirurgical de 192 lits et places avec un plateau technique totalement rénové des chambres jusqu'au bloc opératoire

RECHERCHE

afin de renforcer et développer ses équipes :

- 1 chirurgien digestif
- 1 chirurgien vasculaire
- 1 chirurgien ophtalmologique
- 1 chirurgien esthétique

Pau, ville universitaire, est située au pied des Pyrénées et à 80 Kms de l'océan

Le bassin de population est d'environ 250 000 habitants

Contact : Direction Tél : 05 59 92 72 78
e-mail : clinique.marzet@marzet.fr

Le centre hospitalier de Mont-de-Marsan



Recrute UN PEDIATRE

Compétence en néonatalogie indispensable

Pour compléter l'équipe actuelle de 6 praticiens (5,5 E.T.P.)

L'équipe en place a développé des spécialités en endocrinologie, pneumologie, cardiologie, néphrologie et neurologie.

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

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

Pour tout renseignement, vous pouvez joindre :

- Madame le Docteur PRIQUELER, Chef de service, 05 58 05 18 03 ou 11 53, laurence.priueler@ch-mt-marsan.fr
- Madame BOUQUEREL, Directeur des affaires générales, 05 58 05 10 20, aurore.bouquerel@ch-mt-marsan.fr

- 15 lits d'hospitalisation complète et 3 places d'hospitalisation de jour de pédiatrie
- Urgences pédiatriques accueillies aux urgences générales
- Education thérapeutique (2 programmes en cours, 3ème en développement)
- 8 lits autorisés de néonatalogie dont 3 de soins intensifs, impliquant une garde sur place
- Maternité de niveau 2B avec 1552 accouchements en 2010, labellisée I.H.A.B depuis 2006
- 4 salles de naissance

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

- 1 195 lits et places
- Environ 2 300 salariés, médicaux et non médicaux
- 7 pôles d'activité clinique dont le pôle mère enfant
- Un plateau technique complet

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

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

Le centre hospitalier de Mont-de-Marsan



Recrute UN RADIOLOGUE

pour pourvoir la création d'un 6ème poste de praticien

Équipe actuelle de 5 praticiens hospitaliers temps plein et 26 M.E.R.M

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

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

Pour tout renseignement, vous pouvez joindre :

- Monsieur LESTAGE, Chef de service d'imagerie médicale et responsable du pôle des prestations médicales, jean-charles.lestage@ch-mt-marsan.fr, 05 58 05 18 41
- Madame BOUQUEREL, Directeur des affaires générales et médicales, aurore.bouquerel@ch-mt-marsan.fr ou affaires-medicales@ch-mt-marsan.fr, 05 58 05 10 20 ou 17 20

Les équipements :

- Radiologie conventionnelle
- Vasculaire
- Echographie
- Mammographie
- 1 scanner multicoupes
- 1 IRM 1,5 T et installation d'un 2ème I.R.M 1,5 T prévue fin 2011
- PACS
- Salle d'angiographie coronaire à partir de décembre 2010
- Possibilité de téléradiologie en astreinte

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

- 1 195 lits et places
- Environ 2 300 salariés, médicaux et non médicaux
- 7 pôles d'activité clinique
- Un plateau technique complet et performant

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

- La qualité de vie du Sud Ouest en général et de l'Aquitaine en particulier
- La proximité de la côte atlantique (1h00)
- La proximité des stations des Pyrénées (2 heures)

Par autoroute (A 65) 130 kilomètres de Bordeaux (1h 30) et de Pau (1 heure)

Paris à 3 heures de Bordeaux en train (T.G.V)

L'Espagne à environ deux heures de route en voiture

Le centre hospitalier de Mont-de-Marsan



Recrute UN REANIMATEUR

Établissement de 1 195 lits et places employant environ 2 300 salariés, doté d'un plateau technique complet et performant et engagé dans un projet de restructuration de son service de réanimation et de création d'une unité de surveillance continue de 6 lits.

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

Pour tout renseignement, vous pouvez joindre :

- Monsieur le Docteur PASCAL, chef de service, 05 58 05 xx xx, michel.pascal@ch-mt-marsan.fr
- Madame BOUQUEREL, Directeur des affaires générales, 05 58 05 10 20, aurore.bouquerel@ch-mt-marsan.fr
- La direction du personnel médical, affaires-medicales@ch-mt-marsan.fr, 05 58 05 10 24 ou 10 52

- Unité de réanimation polyvalente médico-chirurgicale de 10 lits
- Recrutement médical prédominant (75 à 80% de l'activité)
- Possibilité de prendre des gardes en anesthésie pour les candidats ayant la double qualification d'anesthésie et de réanimation
- Équipe actuelle de 5 E.T.P. de praticiens
- Gardes sur place
- Ouverture fin 2012 du nouveau service de réanimation de 8 lits et de l'unité de soins continus de 6 lits

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

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

Le centre hospitalier de Mont-de-Marsan



Recrute DES MEDECINS URGENTISTES

pour rejoindre l'équipe de la fédération médicale des urgences

CAMU exigée ou en cours de 2ème année

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

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

Pour tout renseignement, vous pouvez joindre :

- Madame le Docteur HARAMBAT, Chef de service du S.A.U, 05 58 05 53 65 ou 11 00, conseil.federation@ch-mt-marsan.fr
- Madame le Docteur RICARD, Chef de service du SAMU-SMUR, 05 58 05 18 31 ou 17 05, conseil.federation@ch-mt-marsan.fr
- Madame BOUQUEREL, Directeur des affaires générales, 05 58 05 10 20 ou 17 20, aurore.bouquerel@ch-mt-marsan.fr ou ch.mont-de-marsan@ch-mt-marsan.fr

- Les médecins de la fédération médicale interviennent sur tous pôles d'activité des urgences :
- Le C.R.R.A du département des Landes (SAMU 40)
- Le SMUR (2 équipages)
- Deux antennes déportées du SMUR (au Nord et à l'Est des Landes)
- Le Services d'Accueil des Urgences
- L'H.T.C.D

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

- 1 195 lits et places
- Environ 2 300 salariés, médicaux et non médicaux
- 7 pôles d'activité clinique
- Un plateau technique complet

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

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



LE CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE POINTE-A-PITRE / ABYME

13 pôles d'activités médicales, réunissant 327 médecins et internes

RECRUTE

Des médecins urgentistes
Un médecin oncologue
Des médecins légistes

Des médecins anesthésistes réanimateurs
Des médecins néphrologues
Un chirurgien Général et digestif

Recrutement immédiat sur poste de PH ou de P contractuel

Rémunération attractive DOM, Abattement fiscal de 30%, Prise en charge du billet d'avion, logement et véhicule pour une période d'un mois

Contactez :
Monsieur Patrick Lambruschini, Directeur des affaires médicales et du système d'information
Patrick.lambruschini@chu-guadeloupe.fr - Tél : 05.90.89.15.00 ou 15.14



Postes à pourvoir au C.H. d'AUXERRE

Département de l'Yonne Situé sur l'axe A6 à 170 km de Paris et 150 km de Dijon
Hôpital référent du territoire de santé Yonne Sud – Haut Nivernais
411 lits MCO – 80 lits SSR
<http://www.gcs-syhn.fr>
03 86.48.48.48

Plateau technique de l'établissement : service de réanimation médico-chirurgicale/USC, Unité de Soins Intensifs Coronariens, Salle de coronarographie, Scanner – IRM, médecine nucléaire, radiothérapie, hémodialyse, siège du SAMU 89, SMUR terrien et héliporté

IMAGERIE MEDICALE : service reconnu centre de dépistage agréé des cancers du sein, radiologie conventionnelle et interventionnelle. IRM Philips 1,5 tesla. Scanner Siemens définition AS + 128 coupes avec système SYNGO VIA (la coroscan sera pratiquée à partir du mois d'octobre). Salle de vasculaire. PACS. Chefferie de service d'ici 1 à 2 ans.
Renseignements docteur MATRAND chef de service – Jean-Marc LEBRET cadre de santé

MEDECINE INTERNE : Renseignements docteur BARBIEUX, chef de pôle – chef de service pneumologie

PEDIATRIE-NEONATALOGIE : Renseignements docteur DELLINGER, chef de pôle – chef de service gynécologie-obstétrique

GERIATRIE : Renseignements docteur DUCHÉ-TAILLIEZ, chef de pôle – chef de service SAU/SAMU 89 C15 SMUR

DIABETOLOGIE-ENDOCRINOLOGIE : Renseignements docteur GABREAU, chef de service.

Renseignements administratifs : Pascal CUVILLIERS, directeur des ressources humaines et des affaires médicales (pcuvilliers@ch-auxerre.fr) ou Annick DUPONT son adjointe (adupont@ch-auxerre.fr).



Centre Hospitalier Philippe Pinel

Etablissement Public de Santé Mentale
à Amiens, ville universitaire en Picardie - 1h15 de Paris et de Lille

Implanté sur un vaste terrain de 34 hectares situé à Amiens, le Centre Hospitalier Philippe Pinel est chargé de la prise en charge des maladies mentales dans les quatre secteurs géographiques qui lui sont rattachés. Sa capacité d'accueil est de 357 lits et de 354 places en extra-hospitalier.

L'établissement recrute :

2 MÉDECINS PSYCHIATRES

pour ses activités en Service Médico-Psychologique Régional
au sein de la Maison d'Arrêt d'Amiens

Postes à pourvoir en CDI – temps plein

Contact :

Madame le Docteur LEMAIRE, Responsable du SMPR
Tél. : 03.22.44.62.38 - mail : marie-blanche.lemaire@ch-pinel.fr

Adresser candidature à :

Monsieur le Directeur du Centre Hospitalier Philippe Pinel
Route de Paris - 80044 AMIENS Cedex 1



CENTRE HOSPITALIER DE NEVERS

IMAGERIE MEDICALE ET REANIMATION POLYVALENTE

Site web www.ch-nevers.fr

Recrutement PH imagerie médicale

1. Situation du service :

Le service d'imagerie médicale est situé au niveau -1 du centre hospitalier, au cœur du plateau technique, à proximité immédiate du Service d'Accueil des Urgences et du service de réanimation polyvalente ainsi que du G.I.E. IRM du Nivernais. (équipé d'un appareil IRM G.E., 1,5T HDXT de 2011)

2. Ressources matérielles du service :

• En radiologie :
- 3 salles télécommandées (installées en 2003)
- 1 salle os-poumons + panoramique dentaire (installée en 2003)
- 1 salle télécommandée, dédiée pour le Service d'Accueil des Urgences (installée en 2010)

- 1 salle de sérologie (analogique) + échographe
- 1 salle de radiologie interventionnelle (installée en 2003)

Système de développement numérique pour toutes les salles de radio

• En scanner : d'un scanner 64 coupes, SIEMENS SOMATOM DEFINITION AS, avec les logiciels : segmentation, vasculaire, oncologie, perfusion cérébrale, colo virtuelle, module interventionnel, acquisition et traitement pour examen cardio, outils 3D-IRM changement réalisé fin 2010

• En échographie : 2 échographies
- TOSHIBA XarioXG datant de 2009

- SIEMENS ACUSONS 2000 datant de 2010

3. Type d'activité :

• Scanner : tous types en fonction de la capacité technique de l'appareil + quelques scanners interventionnels

• Radiologie : idem

• Échographie : idem, sauf échographie obstétricale

4. Volume d'activité :

• Scanner : environ 10000 examens par an

• Mammographie : environ 300/an

• Échographie : environ 5200/an

• Radiographie du SAU : environ 32000/an

• Radiographie patient externe : environ 29000/an

• Radiographie patient hospitalisé : environ 21000/an

5. Projets du service :

• Renouvellement de la salle de radiologie et cardiologie interventionnelle prévu en 2013.

• Réflexion et prévision d'une mise en place de PACS et /ou moyen de communication et d'envoi d'examen à distance.

• Possibilité de développer les activités d'échographie, de sérologie (une vacation par semaine) et éventuellement de radiologie interventionnelle (une vacation par semaine).



Recrutement PH réanimation polyvalente

Médecin disposant d'une des qualifications suivantes :

• DES ou CES d'anesthésie réanimation

• DESC de réanimation médicale

• Qualification ordinaire en réanimation

Poste de PH temps plein dans un service de 12 lits de réanimation polyvalente (extension à 15 lits par ouverture de 3 lits de surveillance continue prévue en 2009).

Six postes de PH (5,6 ETP) dont 3 vacants disponibles immédiatement, 2 internes de spécialité venant du CHU de Dijon. Fonctionnement en temps continu, paiement des plages additionnelles.

L'ensemble de l'établissement emploie environ 1800 agents non médicaux et 160 médecins. Le budget principal d'exploitation s'élève à environ 116 000 K€.

La ville de Nevers compte près de 40 000 personnes au sein d'une agglomération de 70 000 habitants. Elle offre un cadre de vie agréable à proximité du parc naturel du Morvan et à 2 h 15 de Paris par autoroute et 2 heures en train.

Mme Poupet - Directeur adjoint
evelyne.poupet@ch-nevers.fr - 03 86 93 70 40

Dr AHOND-VIONNET - Président de la CME
reneehond-vionnet@ch-nevers.fr - 03 86 93 73 86

Le Centre Hospitalier de Mayotte

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

Dans un contexte de développement d'activités et d'accroissement de ses capacités,

Recherche des médecins dans plusieurs disciplines

Obstétrique (8 000 accouchements)

Radiologie (plateau technique neuf)

Anesthésie-réanimation,

Pédiatrie (50% de la population âgée de moins de vingt ans), service neuf

Médecine générale (350 000 consultations de médecine générale et tropicale à l'hôpital et dans 15 dispensaires) et Médecine d'Urgence

Ophthalmologie

Possibilité de contrat de courte durée pour remplacement ou postes d'assistant.

Si cette expérience vous tente, renseignements à prendre :

Véronique Mousillat, Directeur adjoint
v.mousillat@chmayotte.fr poste : 56.31

Rémunération contrat d'un an :
salaire de base PHC 4e échelon + 40% majoration Outre Mer +10% précarité + astreintes ou indemnités de sujetion réglementaires.
Prise en charge du billet d'avion (candidat + famille) + indemnité de changement de résidence + mise à disposition d'un logement et d'une voiture de location pendant les deux premiers mois.

Le tout dans futur DOM,
au milieu d'un très beau lagon !



Le Centre Hospitalier William Morey de Chalon-sur-Saône

Situé entre Lyon et Dijon, à 1h30 de Paris en TGV, le centre hospitalier se dote d'un nouvel établissement
- ouverture prévue en octobre 2011-

Etablissement organisé en 9 pôles chirurgicaux, médico-techniques qui permettra une prise en charge globale et optimisée des patients grâce notamment à un plateau technique complet et de pointe, à des outils innovants et performants : terminaux multimédias, transport pneumatique...tout en privilégiant le confort, l'humanité et l'environnement tant des usagers que du personnel.

« Un hôpital où il fait bon vivre et travailler ».



CENTRE HOSPITALIER William Morey
71321 CHALON-SUR-SAÔNE



Recrute pour ses différents services des **Médecins de Spécialité** :

- Anesthésie - Réanimation
- Médecine d'Urgence
- Ophthalmologie
- Réanimation médicale
- Santé publique
- Gastro - Entérologie et Hépatologie
- Gynécologie et Obstétrique
- Néphrologie
- Radiologie

Pour tout renseignement, contacter :
Direction des Affaires Médicales
Tel : 03.85.44.65.93
ginette.gilliers@ch-chalon71.fr

Envoyer candidature et CV à
M. le Directeur du Centre Hospitalier
7, Quai de l'Hôpital – BP 120
71321 CHALON-SUR-SAÔNE Cedex
Tel : 03.85.44.66.88 / Fax : 03.85.44.66.99

Postes à pouvoir :
Pédiatre,
Gynéco-obstétricien
Anesthésiste

Interview du docteur KASSASSEYA, Chef du pôle Mère-Enfant et Plateau Chirurgical du Centre Hospitalier de Montereau (77) et du docteur BRANCA, pédiatre et président de la CME.

Réalisée par M. Laurent Vallet, directeur de publication de la revue AVM.



FOCUS : le CHM est un établissement MCO de 537 lits et places qui offre une grande diversité d'activités médicales (dont 6 lits de réanimation), chirurgicales (3600 actes de chirurgie), obstétricales, avec une maternité de niveau IIa (800 accouchements / an) et médico sociales (2 EHPAD). Depuis 1999, la liaison des services de médecine et de chirurgie est assurée par un bâtiment accueillant les urgences et l'imagerie (7 salles, 1 scanner). Le CHM est titulaire d'autorisations de cancérologie, chimiothérapies pour la médecine, digestive et ORL pour la chirurgie. Une filière entre ces disciplines permet une prise en charge coordonnée des patients.

Introduction : Le Docteur Antoine Kassasseya est Praticien Hospitalier depuis 1995. Il a été attaché en Chirurgie de 1993 à 1995 au Centre Hospitalier de Montereau. Formé en chirurgie générale, il a complété sa formation en chirurgie vasculaire, hépato biliaire et en coelioscopie. Après avoir été Président de la CME entre 2008 et 2010, il est chef de pôle depuis avril 2010. Il nous présente son environnement et les atouts de l'établissement et de son pôle.

Docteur Kassasseya, vous êtes chef de service de Chirurgie de Montereau et chef de pôle, pouvez-vous nous présenter votre département et votre ville ?

Situé au confluent de l'Yonne et de la Seine, dans le sud de la Seine & Marne, la ville de Montereau allie proximité de Paris (50 mn de la Gare de Lyon par trains directs) et cadre de vie agréable. Montereau se positionne pour une amélioration de la conciliation entre vie familiale et professionnelle, tout en tenant compte de la diversité du paysage démographique, socio-économique et urbain de la ville. C'est pourquoi la mairie entend veiller à la variété de l'offre d'accueil en direction des enfants. Chaque année, environ 2400 enfants fréquentent les 15 écoles de la ville, ses 3 collèges accueillent environ 1500 élèves et plus de 2000 adolescents sont inscrits dans ses 3 lycées.

Desservant un bassin de population d'environ 77 000 habitants, le CH de Montereau est le seul établissement de santé de ce bassin de vie.

Vous êtes le chef du pôle Mère-Enfant et Plateau Chirurgical, pouvez-vous nous présenter d'une façon générale votre service et votre pôle ?

L'activité du service de chirurgie progresse régulièrement chaque année. Elle est essentiellement viscérale et orthopédique, mais la présence de deux chirurgiens en urologie et d'un plasticien permet de diversifier les prises en charge. Les 5 PH titulaires et les 3 attachés assurent une prise en charge de qualité, aidés par une équipe soignante très stable. Le pôle Mère-Enfant et Plateau Chirurgical a été mis en place en 2010. Il combine activités programmées et éval des urgences, grâce à de nombreuses spécialités telles que l'anesthésie, la chirurgie viscérale urologique et traumatologique, la gynécologie et obstétrique, la pédiatrie et la néonatalogie notamment. Titulaire d'une autorisation de chirurgie oncologique en ORL,

l'établissement offre une réelle perspective de développement pour un praticien de cette spécialité.

La maternité a vocation à se développer pour atteindre 1200 naissances annuelles.

Quels sont vos objectifs en termes d'organisation ou d'agrandissement de votre pôle ?

Le pôle travaille actuellement autour de la réalisation du pavillon Chéreau qui regroupera la pédiatrie, la maternité et les blocs opératoires. Le chantier a débuté par la déconstruction de bâtiments devenus inutiles et va entrer dans le courant de l'été dans sa phase de reconstruction. L'ouverture du nouveau bâtiment est prévue par tranches en 2012 et 2013.

Docteur BRANCA, quelles sont les perspectives pour le service de pédiatrie que vous dirigez ?

Après avoir pérennisé l'école de l'asthme et créé l'école du diabète en 2010, nous souhaitons développer des consultations spécialisées de pédiatrie, notamment en allergologie et pneumologie avec la mise en place d'explorations fonctionnelles respiratoires, et en neurologie, consultations spécialisées pour le TDAH (Trouble déficitaire de l'Attention et de l'Hyperactivité). Le service participe au réseau de pédiatriologie du sud francilien et l'hôpital d'Evry Service de niveau 3, ce qui permet d'assurer la prise en charge optimale de l'ensemble des nouveaux nés accueillis. L'ouverture du nouveau bâtiment sera l'occasion de proposer à la population une offre de soins moderne et adaptée.

Quels seront selon vous les avantages d'une telle réorganisation ?

Ce bâtiment permettra de moderniser les blocs opératoires. Par le passage de 3 à 5 blocs, les délais d'attente seront réduits et les circuits patients seront rendus beaucoup plus fluides. Ce projet permettra au Centre Hospitalier de Montereau de poursuivre le développement de la chirurgie ambulatoire dans des conditions optimales.

Le regroupement des blocs de chirurgie et d'obstétrique permettra également d'optimiser les gardes d'anesthésie.

L'augmentation du nombre de box de consultations permettra d'offrir aux praticiens des créneaux plus nombreux tout en exploitant les possibilités statutaires qu'offre la loi HPST en matière de modalités d'exercice.

Vous accueillez de jeunes internes en fin d'étude, quels sont aujourd'hui vos besoins en terme de praticiens ?

Le pôle Mère-Enfant et Plateau Chirurgical du Centre Hospitalier de Montereau recherche dès à présent un **pédiatre** qui aura vocation à remplacer le chef de service bientôt en retraite, un **gynéco-obstétricien** qui accompagnera le développement de l'activité et un **anesthésiste** qui aura en charge l'organisation des flux des nouveaux blocs avec l'ambition de développer les prises en charge ambulatoires. Ces praticiens s'intégreront au sein de la communauté médicale de l'établissement pour participer à nos projets.

Internat et Assurances

Internes,

La Médicale vous accompagne pendant toutes vos études...

- Présents dans 10 internats et 30 facultés de médecine, nous vous apportons une information pratique et pédagogique dès votre formation jusqu'à votre installation, grâce aux interventions d'un juriste de la Médicale.
- Spécialisée depuis 60 ans dans l'assurance des professionnels de la santé, La Médicale vous conseille et vous propose des solutions pour disposer d'une protection complète pour vous et vos proches.

Partenaire de l'ISNIH, La Médicale développe pour vous :

- Une protection sociale en cas d'arrêt maladie ou d'accident en complétant vos indemnisations
 - Une garantie Responsabilité Civile Professionnelle **Offerte !**
 - Une garantie Complémentaire santé
 - Une assurance Habitation
 - Une assurance Automobile
-] 2 mois de cotisations offerts !

Très présente sur le territoire, La Médicale vous offre au travers de ses 41 délégations régionales et 102 agents, une proximité doublée d'une disponibilité pour satisfaire tous vos besoins.