

Dossier « Ressources
humaines » réalisé
en partenariat avec



édito

La Mutuelle Nationale des Hospitaliers (MNH) s'engage pour **l'attractivité et la fidélisation des professionnels de santé**. Cette volonté s'exprime par un travail de fond destiné à améliorer leur équilibre entre vie privée et vie professionnelle, en particulier au cours d'étapes importantes de leur vie comme **la parentalité et la grossesse**.

Notre Observatoire annuel réalisé avec Odoxa et Sciences Po a en effet révélé que 1 Français sur 7 (14 %) et près d'un quart des soignants (23 %) ont déjà reporté ou annulé un projet d'enfant à cause de leur carrière. Ce chiffre est même de 36 % pour les médecins.

Face à ce constat, nous avons décidé de faire des propositions, aux côtés des décideurs hospitaliers. Ainsi, notre **Bureau d'Intelligence Collective, qui mobilise des soignants partout en France pour co-construire des propositions opérationnelles** a publié en février 2024 le livret « Accompagner la grossesse des hospitalières ». Dans le même temps, nous nous déplaçons dans les hôpitaux pour échanger avec les professionnels sur **les enjeux de la parentalité** et accompagner les directions dans l'élaboration de la politique de leur établissement. Notre tour de France nous amènera à formuler des propositions d'ici à mai 2025.

Enfin, la MNH soutient également avec fierté **le trophée Attractive Med**, porté par la FHF, afin que soient mis à l'honneur ceux qui s'engagent comme nous pour un environnement hospitalier inclusif et attractif. ●

Benoît FRASLIN
Directeur d'hôpital
Président de la Mutuelle Nationale
des Hospitaliers (MNH)

<https://livret.bureau-intelligence-collective.fr/numero-1/>

VOTRE INTERLOCUTEUR

Gauthier MARTINEZ

Directeur des partenariats santé
gauthier.martinez@mnh.fr

Décloisonnement entre ville et hôpital

Décryptage des freins et perspectives des coopérations sur le territoire

Caroline LESNÉ

Marine JACQUET

Avocates associées, cabinet Houdart

Les enjeux de décloisonnement entre la médecine de ville et l'hôpital ne sont pas récents. Dès les années 80, dans un contexte de crise sanitaire et économique, alors que la population en croissance affichait de plus en plus une logique consumériste dans son accès aux soins, les acteurs du système de santé français et les pouvoirs publics en évoquaient déjà les insuffisances. Le décloisonnement ville-hôpital interroge fondamentalement l'effectivité d'un parcours de soins fluide et sans rupture pour la population. Aujourd'hui, la question de son utilité ne se pose plus, mais la cloison reste manifestement bien solide. La réponse est indéniablement politique. Mais comment lever les freins à l'intervention sur les territoires de professionnels relevant de différents régimes juridiques et simplifier la coordination des parcours de soins ?

Il est frappant de relever que dès le tournant jacobin pris à compter des années 70 dans l'organisation hospitalière et empreint de libéralisme économique à compter de l'ordonnance du 2 mai 2005 instituant la tarification à l'activité (T2A) les réformes successives de notre système de santé ont toujours encouragé les liens ville-hôpital, sans réelle efficacité.

L'apparition des premiers réseaux, dès les années 90, réunissant les acteurs publics, privés et libéraux d'un « bassin » de santé entendait déjà donner une réponse d'accompagnement pluridisciplinaire (sanitaire, social, etc.) aux pathologies chroniques en forte croissance, notamment en considération du vieillissement de la population ou de problématique de santé publique (VIH, hépatite, cancer...)¹. Les réformes du système de santé qui suivirent ont continué de promouvoir le même objectif : donner des réponses adaptées et efficaces au besoin en santé de la population d'un territoire par différents dispositifs parfois financés par différents fonds publics et qui se sont accumulés avec plus ou moins de cohérence d'ensemble.

En ville, pour répondre notamment à la crise démographique, aux déserts médicaux et aux conditions d'exercice professionnel, les décisions politiques ont conduit parfois en ordre dispersé :

- à la généralisation des ex-réseaux de santé essentiellement monothématique (gériatrie, oncologie, maladies chroniques...) axés autour d'une prise en charge coordonnée afin de garantir une approche globale du parcours du patient ;
- au renforcement de l'approche populationnelle des centres de santé, anciens dispensaires, axée sur les soins primaires de proximité et des équipes de soins primaires ;
- à l'émergence des maisons de santé pluridisciplinaire en 2007 axées sur la coordination, l'éducation thérapeutique et la coopération des professionnels de santé libéraux de la ville ;
- à la mise en place des ex-pôles de santé réunissant des acteurs de santé d'un territoire, dont l'hôpital ;
- à l'émergence en 2016 de communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) qui se veulent le pivot de l'organisation des soins de proximité en réunissant les acteurs de santé, du social et du médico-social, autour d'une approche globale et coordonnée des soins ;
- aux coopérations entre professionnels de santé.

Le décloisonnement ville-hôpital a la vie dure

En 2016, la loi de modernisation de notre système de santé a renforcé, pour l'ensemble des acteurs de santé du territoire (privé, public, libéral), la logique de parcours, puis de filière de soins, intégrant une gradation des prises en charge (soins primaires et de proximité, soins de recours, virage ambulatoire, etc.) et une logique de décloisonnement des champs de la prévention, des soins et de l'accompagnement social et médico-social. À l'hôpital, les mêmes préoccupations d'adaptabilité de l'offre publique de soins confrontées à la crise démographique, aux déserts médicaux et aux attentes des professionnels de santé sur leurs conditions d'exercice ont conduit à favoriser les liens ville-hôpital par :

- l'intégration de filière de responsabilité populationnelle, avec le rôle prégnant des hôpitaux de proximité dans les groupements hospitaliers de territoires (GHT) mis en place en 2016 ;
- le développement de coopérations sanitaires et médico-sociales (groupement de coopération sanitaire [GCS], groupement de coopération sociale et médico-sociale [GCSMS], groupement d'intérêt public [GIP], coopération conventionnelle) sur les différents domaines médicaux et chirurgicaux,



avec notamment la multiplication des services d'accès aux soins (SAS), des centres de soins non programmés (CSNP) et des plateaux d'imagerie médicale mutualisée (PIMM).

Pourtant, comme le souligne la commission d'enquête du Sénat le 29 mars 2022, « même si de nombreuses initiatives existent sur le terrain, l'impression dominante est bien celle d'un cloisonnement persistant² ».

La multitude des projets de santé, contrats sanitaires et des instances, déployés sur le territoire, soit en silo, soit de manière imparfaitement coordonnée, est un élément de réponse à la persistance du cloisonnement. Pour n'en citer que quelques-uns :

- le projet régional de santé sur la base du diagnostic territorial partagé ;
- le plan d'action pluriannuel régional d'amélioration de la pertinence des soins (PAPRAPS) ;
- le projet médical partagé des GHT, relatif aux établissements publics de santé, parfois trop déconnecté des autres acteurs du territoire ;
- les projets de santé portés par les maisons de santé et les centres de santé ;
- le projet territorial de santé initié par les CPTS, avec le concours éventuel de l'URPS et d'un établissement ou un service de santé, social ou médico-social ;

1. Ordonnances de 1996, loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

2. Rapport du 29 mars 2022 de la commission d'enquête du Sénat sur la situation de l'hôpital et le système de santé en France, p. 234.

- le projet territorial de santé mentale ;
- le contrat territorial de santé conclu par l'ARS ;
- le contrat local de santé conclu avec les collectivités territoriales.

Si chacun de ces projets doit être en conformité avec le schéma régional de santé établi par l'ARS, cette complexité est un frein au décloisonnement ville-hôpital, d'autant plus que chaque acteur travaille son projet en silo. Le schéma synthétique proposé par la commission d'enquête du Sénat est des plus éloquentes sur le sujet³.

Dans ce contexte de juxtaposition des projets de santé, la tâche de coordination des filières de soins est rude, et ce d'autant plus qu'elle est investie par une multitude de dispositifs ou initiatives impulsés par les gouvernements successifs, souvent monothématiques. Évoquons l'exemple récent des services d'accès aux soins (SAS)⁴, dispositif fondé sur un partenariat étroit entre les professionnels de la ville et ceux de l'hôpital pour répondre aux demandes de soins non programmés sur un territoire de déploiement. Le SAS n'a pas pour objet d'associer la médecine de ville à la régulation médicale assurée par l'aide médicale d'urgence (AMU), mais d'instaurer deux filières de régulation distinctes et d'organiser un dispositif de coordination entre elles. Le décloisonnement s'opère donc dans ce cas autour d'une parfaite coordination de la ville avec l'hôpital. Pour n'en citer que quelques autres : le programme Prado, mis en œuvre en 2010 et visant à améliorer le retour à domicile ; les dispositifs d'appui à la population et aux professionnels pour la coordination des parcours de santé complexes (DAC⁵) unifiant les anciens réseaux de santé et les plateformes territoriales d'appui (PTA) et méthodes d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie (MAIA), les coordinations territoriales d'appui du programme Personnes âgées en risque de perte d'autonomie (PAERPA) ou encore des projets innovants expérimentaux d'amélioration de la coordination « ville-hôpital » financés par l'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018. **SCHÉMA 1**

Reste que la multiplicité de ces dispositifs de « coordination monothématique » conduit inéluctablement à des redondances et à de la concurrence. Elle ne facilite pas non plus une bonne identification des acteurs et des projets dans les territoires. Une simplification globale de la coordination des parcours de soins, de la prévention au soin curatif, s'impose. Les enjeux de santé publique de la population, mais également plus cyniquement les enjeux sociaux, économiques et financiers eu égard au déficit abyssal de l'assurance maladie, rendent cette avancée indispensable.

Une multitude de statuts freinant les coopérations

La diversité d'acteurs et de « projets de santé » doit, en outre, se conjuguer avec une diversité de statuts des professionnels de santé coopérant sur le territoire. Sans être exhaustif, peuvent être cités :

- le statut de praticien hospitalier ;
- le praticien contractuel qui connaît quatre motifs de recrutement et des modalités de rémunération différentes suivant le motif retenu ;
- les fonctionnaires hospitaliers ;
- les agents contractuels hospitaliers ;
- les fonctionnaires territoriaux ;
- les agents contractuels territoriaux ;
- les professionnels de santé libéraux ;
- les professionnels de santé salariés de droit privé régis par diverses conventions collectives, etc.

Décloisonner, c'est ainsi aussi apprendre pour les gestionnaires à jongler avec cette diversité de statut, source d'une grande complexité dans le cadre de la gestion de la ville et l'hôpital, mais également source de tension entre équipes. Cette situation est régulièrement pointée du doigt comme un frein au décloisonnement ville-hôpital. Il demeure en effet toujours délicat de faire travailler des équipes ensemble sur un projet commun et, *in fine*, les rémunérer différemment pour un même travail.

L'organisation de temps de travail est également loin d'être neutre. Le régime juridique applicable à l'organisation du temps de travail aux personnels de droit public et aux personnels de droit privé diffère lui aussi. Si la durée hebdomadaire habituelle de travail est identique dans le privé et dans le public, la durée annuelle effective de travail des salariés à temps complet du secteur privé est supérieure à celle des agents de la fonction publique (1 699 heures contre 1 606)⁶. Cette différence est encore plus prégnante lorsqu'il s'agit de la comparer à l'activité des professionnels de santé libéraux.

Quelles pistes et perspectives au décloisonnement ville-hôpital ?

Le rôle pivot des hôpitaux de proximité

En matière de parcours de santé de premier recours, faire des hôpitaux de proximité l'ancrage de la coopération territoriale donnerait au décloisonnement ville-hôpital une réelle effectivité.

L'exemple du Pôle Santé de Renazé (53) constitue une véritable référence en matière de décloisonnement de partenariat efficient ville-hôpital. Cette coopération a été mise en place pour répondre à des problématiques aiguës de démographie médicale et paramédicale sur le territoire. La communauté des

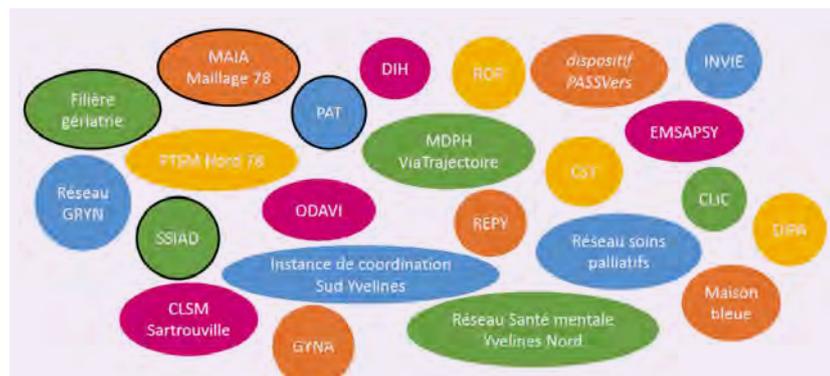
praticiens libéraux s'est ainsi organisée pour assurer la permanence des soins avec l'hôpital de proximité. Plus d'une soixantaine de professionnels de santé libéraux se sont ainsi rassemblés au sein d'un GCS dont sont également membres la Mutualité française Anjou-Mayenne et l'hôpital de proximité, le centre hospitalier public local du Sud-Ouest mayennais (CHLSOM). Les professionnels de santé libéraux se sont installés dans des locaux, construits par la communauté de communes de Craon, dans l'enceinte de l'hôpital. Au rez-de-chaussée du bâtiment se trouvent des services médico-sociaux (centre local d'information et de coordination [CLIC], Association de service de maintien à domicile [ASMA], médecine du travail et scolaire...) mais aussi un cabinet dentaire et un cabinet pour les consultations avancées de spécialistes. Comme le soulignent les partenaires, le regroupement sur le même site favorise indéniablement une meilleure coordination des soins entre les acteurs. Deux chefs de clinique, attirés par le concept innovant du projet, sont d'ailleurs venus, en renfort à mi-temps au Pôle Santé⁷, témoignant de l'effectivité de cette coopération ville-hôpital. Cet exemple fait cependant figure, à ce jour, d'exception. Pour que ce type de coopération efficient de part et d'autre puisse plus facilement être dupliqué, il serait intéressant de revoir les modes d'organisation des hôpitaux de proximité et d'oser une véritable gouvernance de proximité⁸ en ouvrant les instances aux acteurs de soins primaires ambulatoires (CPTS, MSP, ESS...), du médico-social et des collectivités territoriales et du GHT concerné. À ce titre, inclure au sein du conseil de surveillance des hôpitaux de proximité un représentant de la médecine de ville faciliterait les liens ville-hôpital dans l'intérêt de la politique territoriale de santé.

Déverrouiller les freins statutaires

Des évolutions doivent également être menées sur le plan de l'attractivité et de la fidélisation des professionnels de santé. L'hôpital de proximité, en zone périurbaine ou rurale de faible capacité de lits et places, souvent sur plusieurs sites, est confronté au premier chef aux difficultés d'attractivité médicale et peine à recruter des médecins en exercice mixte du fait des limites statutaires et financières des agents publics hospitaliers. Les hôpitaux de proximité pourraient donc être le lieu privilégié d'expérimentation statutaire permettant de déverrouiller les freins statutaires en termes de rémunération, de cumul d'activités au regard des enjeux prioritaires et supérieurs de l'accès à un parcours de soins adapté. En l'état de la réglementation, le régime indemnitaire des médecins hospitaliers ne permet pas de valoriser

LES INSTANCES DE COORDINATION TERRITORIALE DES SOINS DANS LES YVELINES

SCHÉMA 1



CLIC Centres locaux d'information et de coordination • **CLSM** Conseil local de santé mentale • **CTS** Conseil territorial de santé • **DIH** Dispositifs intégrés handicap • **DIPA** Dispositif d'avance à destination des professionnels de santé • **EMSA PSY** Equipe mobile psychiatrie du sujet âgé • **GRYN** Groupement réseau Yvelines Nord • **GYNA** Groupement Yvelines Nord pour l'autonomie • **INVIE** Plateforme spécialisée dans les métiers d'aide à la personne • **MAIA** Méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie • **MDPH** Maison départementale des personnes handicapées • **PAT** Pôles Autonomie territoriaux • **ODAVIE** Service d'orientation d'aide à la personne • **PTSM** Projet territorial de santé mentale • **REPY** Réseau de santé tri-thématique : gérontologie, cancérologie, soins palliatifs • **ROR** Répertoire opérationnel des ressources • **SSIAD** Services de soins infirmiers à domicile

Source : Dr Olivier Richard, chef de service du Samu des Yvelines, « Hôpital : sortir des urgences », rapport de commission d'enquête, Sénat, n° 587 (2021-2022), tome I, 29 mars 2022.

de manière attractive les interventions en réseaux et en collaboration avec les acteurs de la médecine de ville dans le cadre de l'amélioration de la pertinence des soins sur le territoire, notamment sur des actions de prévention, d'éducation thérapeutique, de suivi médical. À ce titre, la prime d'exercice territoriale est par exemple attribuée de manière trop restrictive et de manière décorrélée à la logique de la responsabilité populationnelle. Cette prime est en effet attribuée dans le cadre d'activité partagée auprès d'autres établissements publics de santé du territoire, notamment du GHT, ou auprès d'établissements de santé privés habilités à assurer des missions de service public hospitalier⁹ ou encore au titre d'une activité ambulatoire hors établissement en zones d'offre de soins insuffisante déterminées par l'ARS¹⁰. Afin de faciliter les interventions sur le territoire, il serait opportun d'étendre le bénéfice de la prime d'exercice territoriale aux activités médicales de territoire assurées en partenariat avec les acteurs de la médecine de ville dans la dynamique de la responsabilité populationnelle. Une réflexion semblable gagnerait à être portée s'agissant de la prime de solidarité territoriale¹¹.

3. Rapport du Sénat fait au nom de la commission d'enquête sur la situation de l'hôpital et le système de santé en France, mars 2022.

4. Issue de l'article 28 de la loi n° 2021-502 du 26 avril 2021 visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification.

5. Art. L.6327-1 CSP.

6. Vues d'ensemble 160 - Rapport annuel sur l'état de la fonction publique, édition 2023.

7. « Un pôle santé pour garantir une médecine de proximité », *Ouest France*, 10 octobre 2012.

8. Cf. article du cabinet Houdart et Associés.

9. Notamment art. R. 6152-4 et D.6152-23-1 4° CSP, arrêté du 14 mars 2017 relatif à la prime d'exercice territoriale des personnels médicaux, odontologiques et pharmaceutiques.

10. Art. L.1434-4 CSP.

11. Art. D.6152-23-1 4° d) CSP.

En définitive, les freins que la rémunération statutaire porte au décloisonnement ville-hôpital devraient pouvoir être levés si les pouvoirs publics acceptaient de desserrer le joug jacobin et de laisser une marge d'autonomie aux établissements publics de santé dans la détermination du régime indemnitaire de leurs professionnels, à l'image des collectivités territoriales. À n'en pas douter, le coût résultant de la valorisation des professionnels investis dans l'amélioration de la pertinence des parcours de santé sur le territoire serait, à court, moyen et long termes, largement amorti par la diminution des coûts significatifs supportés par l'assurance maladie liés aux maladies chroniques complexes (obésité, insuffisance cardiaque, vieillissement de la population, etc.).

Une harmonisation des statuts de professionnels de santé coopérant sur le territoire

Enfin pour faire vivre la responsabilité populationnelle et permettre l'effectivité d'un décloisonnement ville-hôpital, une nouvelle réflexion devra être portée sur le point névralgique de l'harmonisation des rémunérations entre professionnels de santé des différents secteurs : ville, hôpital, établissements médico-sociaux, collectivités territoriales.

L'exemple du régime dérogatoire à cet égard des plateaux d'imagerie médicale mutualisés (PIMM) est intéressant et gagnerait à être dupliqué à d'autres domaines, telles la cardiologie ou l'ophtalmologie. En créant les PIMM, le législateur a doté les territoires de santé d'un outil de gestion et de mutualisation des ressources des services d'imagerie, permettant notamment de renforcer l'attractivité des postes hospitaliers publics par la possibilité de déroger avantageusement aux règles statutaires de rémunération. Le PIMM a pour finalité de renforcer les ressources médicales et non médicales disponibles en matière de radiologie entre la ville et l'hôpital pour proposer des organisations renforcées et structurées de radiologie au niveau du territoire. Le modèle économique du PIMM offre la possibilité de redéfinir l'utilisation des ressources financières issues de l'activité d'imagerie pour proposer aux praticiens du secteur public des rémunérations convergentes avec celles du secteur libéral considérées comme plus attractives. Le modèle permet en outre de renforcer l'activité via la couverture de plages d'activité complémentaires facilitant un meilleur accès de la population aux examens d'imagerie.

La simplicité d'une coopération conventionnelle pour le PIMM présente cependant des limites certaines lorsqu'il est prévu la constitution d'équipes médicales

communes (publique-privée) puisqu'un PIMM structuré par une simple convention ne permettra ni la mise à disposition statutaire de fonctionnaires ou de contractuels en CDI auprès des partenaires privés des établissements publics de santé, sauf à ce que ces derniers exercent une « mission de service public », ni la mise à disposition statutaire d'agents contractuels en CDD. Donner au PIMM la forme juridique d'un groupement ayant la personnalité morale tel que le GCS ouvre une simplicité de gestion des professionnels de santé publics par leur mise à disposition fonctionnelle qui, couplé à la possibilité d'organiser conventionnellement avec l'approbation de l'ARS une rémunération dérogatoire sur mesure harmonisée entre ville-hôpital ouvre des perspectives très favorables à l'effectivité d'un décloisonnement ville-hôpital. Ce modèle mériterait d'être étendu.

Le GHT, un outil qui doit s'ouvrir à la ville

De la même manière, faciliter le décloisonnement ville-hôpital, et par suite le parcours de soins de la population sur le territoire, requiert que les acteurs de santé ambulatoires aient une place dédiée au sein du GHT qui coordonne des soins de premier et second recours. Il est en effet regrettable, comme le relève la Cour des comptes dans son enquête relative aux GHT, que « le lien avec les acteurs de ville soit totalement absent du schéma constitutif des GHT ». La Cour des comptes retenait que les avantages de la stratégie de gradation des soins du GHT « ne manqueront pas d'être neutralisés par le maintien du cloisonnement entre hôpital, soins de ville et médico-social, aggravé d'un creusement de l'opposition privé/public ».

Un comité de la responsabilité populationnelle pourrait être créé à ce titre. Ce comité intégrerait les différents acteurs de la ville du territoire qui mènerait de concert une réflexion dans le cadre du projet médical partagé, en cohérence avec la responsabilité populationnelle. La même réflexion doit naturellement s'opérer avec le secteur social et médico-social. La création de ce comité répondrait aux préoccupations de la commission des affaires sociales du Sénat, qui estimait encore en 2020 que le « degré de coopération avec les GHT demeure préoccupant » s'agissant du lien avec les CPTS¹². Outre les enjeux d'exercice mixte, d'autres tels que l'amélioration de la politique de santé au travail territoriale pourraient être travaillés dans le cadre des GHT en lien avec la médecine de ville au regard de la pénurie de médecins du travail et des fortes problématiques d'absentéisme des professionnels de santé¹³. L'inclusion des acteurs de santé ambulatoires dans le schéma constitutif GHT donnerait

des conditions favorables à l'élaboration d'un projet de santé unique du territoire, pouvant remédier aux cloisonnements résultant de la juxtaposition des projets de santé¹⁴.

Un véritable projet unique de territoire, porteur de la responsabilité populationnelle

Le décloisonnement ville-hôpital n'apparaît pas pouvoir faire l'impasse sur la nécessité de revoir la juxtaposition des projets de santé sur le territoire. Un projet de santé unique du territoire porté par les acteurs de terrain de notre système de santé serait un outil majeur (sanitaire, social, médico-social, éducation, usagers-patients, élus locaux, justice...). Pour éviter d'ajouter une strate à l'édifice, le projet territorial de santé, actuellement initié par les CPTS¹⁵, pourrait être revu.

Dans ce cas, il conviendrait de revoir ses modalités d'élaboration afin que ce dernier puisse réellement émaner de l'ensemble des acteurs de santé du territoire, à l'instar du projet territorial de santé mental (PTSM) qui réunit pour son élaboration tous les acteurs, privés et publics, collectivités territoriales, établissements de santé, acteurs du premier recours, établissements médico-sociaux, usagers, justice, éducation, etc.

Il pourrait être à l'initiative du conseil territorial de santé, qui regrouperait tous les acteurs d'un territoire, bassin de vie. Ce projet unique de territoire pourrait ensuite se décliner dans chacun des projets de santé des acteurs du territoire (GHT, CPTS, médico-social, établissement de santé privé, etc.), et pour le territoire concerné. Ce projet unique doit être dans la graduation des soins le projet du premier recours et définir son articulation avec les deux autres niveaux de recours. Il serait ainsi le socle commun à l'ensemble des acteurs, sur la base duquel chaque acteur déclinerait ensuite son champ de compétence.

Le décloisonnement ville-hôpital, présenté comme l'un des enjeux majeurs de notre système de santé, ne peut réellement devenir efficient sans une volonté commune d'optimisation des dispositifs de coordination, d'harmonisation des projets de santé sur le territoire et des statuts des professionnels de santé. ■

12. Rapport d'information n° 22 (2020-2021) d'Alain Milon, fait au nom de la commission des affaires sociales, déposé le 8 octobre 2020, sur l'enquête de la Cour des comptes relative aux groupements hospitaliers de territoire.

13. Cf. « Enjeux de santé au travail à l'ère du GHT et de l'après-Covid », RHF, n°601, juillet-août 2021.

14. Art. L. 1434-10 CSP.

15. Art. L.1434-10 III CSP.

NOUVEAUTÉS



La médecine de santé publique Une pratique singulière au service des populations

Sylvain **Gautier** (dir.),
Lætitia **Satilmis** (dir.),
Préface de François **Bourdillon**

296 p. • 28 €

Une démarche inédite de réflexion sur cette discipline

Les médecins de santé publique occupent une place singulière en ce qu'ils appartiennent à deux univers souvent présentés comme antagonistes : issus du monde du soin, ils se destinent à des activités « au-delà du lit du malade », au service d'un meilleur état de santé pour le plus grand nombre. Cet ouvrage se destine aux médecins de santé publique actuels et futurs, et plus largement aux professionnels du monde de la santé.



Perturbateurs endocriniens Vers une meilleure prévention des expositions

Nathalie **Bonvallot** (dir.)
Préface de Christian **Raubaud**

264 p. • 40 €

Un nouveau guide indispensable aux professionnels de santé

Depuis le début du 20^e siècle, l'usage des substances chimiques dans la vie quotidienne n'a fait que croître. Cet ouvrage est conçu pour permettre de comprendre les enjeux liés aux substances chimiques, en particulier les perturbateurs endocriniens. Structuré en 19 fiches, il propose des outils pratiques permettant de repérer ces substances chimiques, d'analyser les situations les plus à risque, et d'agir en matière de prévention pour réduire les expositions de la population.