

LA LETTRE SYNDICALE DU

SMARNU

N°54
Avril 2012

- **Loi TEPA, ça marche !**
- **Effets de la crise financière sur la santé et les hôpitaux en Europe**
- **Protocoles de coopération entre professionnels de santé : article 51 de la loi HPST**



SMARNU

SYNDICAT DES MEDECINS
ANESTHESISTES-REANIMATEURS
NON UNIVERSITAIRES

SYNDICAT DES MEDECINS ANESTHESISTES-REANIMATEURS NON UNIVERSITAIRES

Sommaire

> Mot du président	P 01
> Loi TEPA, ça marche !	P 02
> Effets de la crise financière sur la santé et les hôpitaux en Europe	P 04
> Protocoles de coopération entre professionnels de santé : article 51 de la loi HPST	P 09
> Annonces de recrutement	P 12

SMARNU, Syndicat des médecins anesthésistes-réanimateurs non universitaires

www.smarnu.org

Contact : Docteur Denis CAZABAN | denis.cazaban@wanadoo.fr

Editeur et régie publicitaire :

Macéo éditions

M. Kamel TABTAB, directeur

11, bd Ornano - 75018 Paris

Tél : 01 53 09 90 05 - Mail : maceoeditions@gmail.com

Graphisme : Brahim Madjid

Imprimé à 5000 exemplaires. Maquette et impression en UE. Toute reproduction, même partielle, est soumise à l'autorisation de l'éditeur et de la régie publicitaire. Les annonceurs sont seuls responsables du contenu de leur annonce.

Edito

Mot du président



Nous voilà arrivés dans une période charnière. En effet, une fois passées les élections statutaires, nous allons aborder les échéances électorales présidentielles.

D'abord le point sur les élections statutaires : la baisse inquiétante de la participation qui, même si elle s'inscrit dans une tendance globale de désintérêt pour l'action syndicale, reflète un certain dépit des praticiens et la difficulté pour les syndicats à se faire entendre par les autorités.

Mais malgré la morosité ambiante, dans un cadre de restrictions subies par les établissements hospitaliers, il est nécessaire de conserver des syndicats forts et dynamiques. En effet, il n'existe pas d'autre moyen pour les praticiens de se faire représenter. Malgré ces difficultés, nous enregistrons une augmentation significative des adhésions notamment chez les jeunes praticiens. Nous comptons sur vous pour que cette tendance se confirme.

Ne pouvant être sur tous les fronts, nous avons dû cibler nos actions. Nous vous avons représentés en décembre lors des négociations sur les accords cadre et les CET. Certes ces dossiers ne sont pas aboutis à l'heure actuelle, mais en dehors du calendrier douteux imposé par le gouvernement dont l'objectif électoral ne fait aucun doute, le travail débuté, notamment concernant les accords cadres, fera à nouveau surface très rapidement. Les bases posées par ces accords cadres sont nécessaires et intéressantes, on y trouve des déclinaisons de propositions que nous avions faites en juin 2011. Quant aux CET, le dossier contient des versants non encore définis (les modalités et le rendement de la conversion en retraite reste inconnus) ; et les propositions actuelles sont loin d'être satisfaisantes (monétarisation non revalorisée depuis plus de 10 ans et imposable).

Concernant l'application de la loi TEPA aux praticiens, le temps semble nous donner raison d'avoir persévééré. Fort du rapport de notre avocat, nous avons sollicité la ministre du budget le 19 décembre 2011 sur le caractère non constitutionnel du décret qui en définissait le champ d'application. Le ministère semble incapable de nous répondre, aussi nous sommes contraints de solliciter le Président de la République dans le cadre d'une lettre ouverte (que vous trouverez sur le site du syndicat). Les dossiers suivent leur

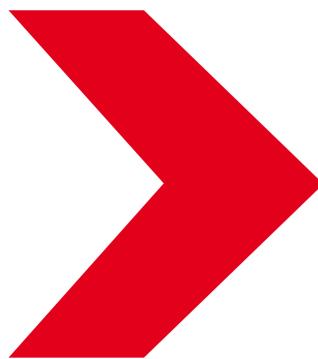
cours, et le chaos reste la règle au niveau des centres des impôts. Les hésitations ministérielles prouvent en tout cas que les choses ne sont pas aussi tranchées que certains ont voulu nous le faire croire. Ne cédez pas à toutes les tentatives de dissuasion, faites votre réclamation dès à présent, car tout ce que vous n'aurez pas demandé sera perdu une fois un délai de 3 ans écoulés. Vous trouverez plus loin un article détaillé sur le sujet.

Les cinq dernières années ont été marquées par la politique du chiffre, la gouvernance pyramidale oppressante, l'absence de discussion sociale, la régression statutaire à la faveur des activités libérales et contractualisées. Même si certains versants de la loi HPST sont nécessaires, il n'est pas acceptable de faire des économies de santé au détriment de la qualité de notre travail et du respect de notre profession. La seule politique du chiffre ne peut régenter la santé. Si nous travaillons à l'hôpital public, c'est aussi parce que nous croyons à l'accès aux soins pour le plus grand nombre. Mais les différences de traitements ont pris une telle proportion entre l'anesthésiste réanimateur engagé à l'hôpital public et celui qui a une activité libérale, qu'envisager une carrière hospitalière avec les contraintes de permanence des soins que cela implique est maintenant comparable à rentrer dans un couvent.

Cependant, au vu des problèmes d'attractivité des hôpitaux publics, d'autres notions sont de plus en plus évoquées dans les milieux politico-administratifs : parcours de soin, nouveaux critères d'évaluation de management des ressources humaines (turnover des soignants, absentéisme), plasticité des carrières pour répondre aux souhaits des praticiens... Dans un contexte de tension de démographie médicale, peut-être irons-nous vers un nouveau mode de gestion et de reconnaissance du personnel médical. Au vu des tensions économiques actuelles, la route sera longue et difficile avant d'aboutir à un système viable, respectueux de l'engagement et du travail de tous et plus particulièrement des médecins anesthésistes-réanimateurs que nous sommes. Mais le SMARNU restera mobilisé.

Nous restons à votre disposition. N'hésitez pas à nous contacter pour vos suggestions, questions et critiques éventuelles.

DR Louison ANDRIAMIFIDY
Président du SMARNU
CH Salon de Provence



Loi TEPA, ça marche ! (suite)

Le SMARNU a depuis plusieurs mois entamé une campagne revendicative et juridique pour la reconnaissance du droit aux médecins hospitaliers de bénéficier des avantages liés à la Loi TEPA.

Notre argumentaire est en quatre points :

- 1.** Les Praticiens Hospitaliers Temps Plein sont des agents publics ; ils sont amenés sous condition à déclencher du temps de travail additionnel.
- 2.** En tant qu'agents publics, ils doivent bénéficier de l'application de l'article 81 quater I 5° du CGI qui prévoit l'exonération d'imposition sur le revenu des temps additionnels que les agents publics accomplissent.
- 3.** L'article 81 quater I 5° du CGI renvoie à un décret (décret du 4 octobre 2007) pour ses modalités d'application. Un décret n'a qu'une valeur réglementaire et ne saurait dénaturer un texte de valeur législative, donc ne saurait restreindre le champ d'application fixé par l'article 81 quater I 5° du CGI.
- 4.** Le décret inscrit dans son texte une différence de traitement entre agents publics, certains bénéficiant d'une exonération d'imposition sur le revenu des rémunérations perçues au titre du temps additionnel et d'autres non. Une telle disposition réglementaire porte donc atteinte au principe constitutionnel d'égalité des citoyens devant les charges publiques.

En conséquence, de nombreux PH ont réclamé et obtenu de certains centres d'impôts les remboursements de la fraction d'impôt sur le revenu lié au TTA.

D'autres, devant le refus de remboursement de leur centre d'impôts, parfois voisins des premiers, ont entamé des procédures au Tribunal Administratif. Et ce, épaulés ou non d'avocats, et souvent avec l'aide de leur assurance dans le cadre de leurs contrats en Protection Juridique. Dans un cas, le TA ayant jugé le cas non recevable, l'affaire a été transmise à la Cour Administrative d'Appel. A ce jour, il n'existe aucune jurisprudence, mais il est encore trop tôt !

Enfin, dans certains cas rares, l'Inspecteur des Finances lié au Centre des Impôts a contredit son Directeur de Centre, en réclamant la rétrocession des sommes remboursées, ce qui a été bien sûr refusé par les personnes concernées.

Le Ministre du Budget a été sollicité pour mettre un terme à cette cacophonie administrative, et n'a jusque-là qu'accusé réception de notre courrier. Le Président de la République a été sollicité pour que ses services appliquent la Loi TEPA, fleuron de son exercice, dans le fond comme dans la forme. Nous attendons sa réponse. Le SMARNU s'étonne qu'un pays, cité en exemple pour sa rigueur administrative, ait pu laisser exister une telle contradiction entre une loi et ses textes d'application.

Si le principe même de la Loi TEPA est mis en question par certains, cela ne peut être admissible que dans le cas de métiers excédentaires en professionnels, ce qui n'est pas le cas de l'Anesthésie-Réanimation. Pour trouver des volontaires disposés à s'engager vers ce temps de travail supplémentaire, il faut le rendre digne et attractif.

Enfin, au delà des sommes réclamées et moralement dues, le SMARNU réclame la consécration de la qualité d'agent public du Praticien Hospitalier, principe qui doit être inscrit dans le Statut de PH.

En conséquence, notre syndicat déconseille fermement à tous les praticiens hospitaliers le déclenchement de TTA pour ce premier quadrimestre 2012 tant qu'une réponse à nos courriers ne nous est pas parvenue.

Dr James Brodeur,
Vice-Président,
CH Jacques Cœur,
18000 Bourges

Effets de la crise financière sur la santé et les hôpitaux en Europe

La crise financière ouverte en 2008 dans les pays de l'OCDE est à l'origine du plus grave ralentissement de l'activité économique depuis les années 30. Elle débute dans le monde industrialisé ancien et fait repasser dans le monde 100 Millions de personnes dans la pauvreté, avant tout par l'augmentation du prix des denrées alimentaires et de l'énergie.

Si certains pays sont plus exposés que d'autres (pays sous perfusion FMI et très emprunteurs en Europe; pays touchés par un conflit et aux réserves financières très limitées), dans tous les pays, vulnérables ou non, ce sont les populations vulnérables qui sont les premières et les plus sérieusement atteintes.

La crise financière dans les pays « riches » est due à l'effondrement du marché hypothécaire de certains pays en 2007 (sub-primes), ayant entraîné une crise du système bancaire international et national, puis la réduction massive des richesses (commerce mondial). Cette récession dans les pays de l'OCDE va durer des années.

Elle sera caractérisée par la diminution de la croissance des exportations, la réduction des investissements étrangers directs, l'accès plus difficile au capital par augmentation des taux d'intérêts et des primes de risque, et les fluctuations imprévisibles des taux de change.

Pour ce qui concerne la santé, elle sera caractérisée par la baisse des transferts de fonds des émigrés à leur famille (au Mexique, il est estimé que 57 % des fonds transférés par les émigrés à leurs proches restés au pays sont consacrés à la santé), des restriction des dépenses sociales et du financement des services de santé (conditions de l'aide d'urgence des FSE et FMI), des baisses de dépenses d'équipement, la paupérisation de la population pour les traitements à long terme, et des ruptures de livraisons de médicaments par une industrie pharmaceutique réticente à voir s'allonger les délais de paiement.

Les diminutions des dépenses de santé sont publiques par baisse du salariat fonctionnaire, salariat qui sera dans une grande mesure maintenu pour ne pas provoquer de crise sociale mais ceci aux dépens des dépenses d'infrastructure et d'équipement puis aux coûts liés à la supervision (sécurité). Certaines fermetures d'établissements seront liées non à une rationalisation du tissu hospitalier mais à sa paupérisation.

Elles sont aussi privées par diminution de la part du revenu d'un ménage au budget santé (chômage, des femmes surtout) entraînant la baisse de la couverture par assurances complémentaires et mutuelles autant en nombre de contrats résiliés qu'en rétrécissement du périmètre assuranciel. S'ajoutent l'aug-

mentation des coûts des traitements (malgré la diffusion encore trop faible des génériques, et le débat autour du Service Médical Rendu de certains produits), et les dépassements d'honoraires médicaux, devenus outranciers.

Paradoxalement, l'optimisation du budget santé des ménages entraînera une diminution de la demande de soins fournis par le secteur privé, avec transfert de la demande vers le secteur public aux budgets contraints, qui aura donc des difficultés à faire face à la situation.

Ces diminutions de dépenses de santé sont associées à une augmentation de la demande (pathologies liées ou aggravées par le chômage), l'atteinte des services sociaux solidaires, la crise des liens sociaux et familiaux, celle des initiatives d'aides mondiales et la moindre générosité des fondations philanthropiques.

Quelques exemples

1) La Grèce



Pays caractérisé par un chômage à 6,6 % en 2008, à 16,6 % en 2011 (dont 40 % de jeunes de moins de 25 ans) et une dette à 142 % du PIB, la proportion des grecs renonçant à aller chez un médecin a augmenté de 2007 à 2009 de 15 % et de 14 % pour les soins dentaires (Lancet DOI:10.1016/S0140-6736(11)61556-0)

Comment ? Entre autres par l'allongement des files d'attente

et ce à cause de l'obligation, avant les soins spécialisés, de passer par un généraliste, praticien en pénurie. Puis par l'aggravation du chômage et l'arrêt des couvertures d'assurance complémentaires, entraînant une charge supplémentaire vers un système de santé public hospitalier rapidement surchargé d'autant plus qu'entre 2007 - 2009, les budgets hospitaliers ont été réduits de 40 % avec réduction des capacités en personnels et médicaments, allongement des files d'attente de soins programmés et extension de la corruption médicale pour les éviter. (Secteur public gratuit = Nb d'hospitalisation :

+24 % entre 2009 et 2010, +8 % 3 mois 2011 ; hôpitaux privés : -25 à 30 % d'entrées).

Ainsi on constate une hausse des suicides (+40 % 2011 vs 2010) ; des syndromes dépressifs (données des lignes d'assistance téléphoniques) ; la fermeture de structures psychiatriques (restrictions budget) ; la suppression d'un tiers des programmes d'aide aux toxicomanes ; l'augmentation des infections VIH prévue de 50 % ; la diminution d'accès aux droits d'invalidité. Les secours d'urgence fournis par les ONG sont plus fréquentés par des grecs (augmentation de 3 % à 30 % en 2 ans par des natifs).

2) Le Portugal



peutées par un Plan National de Santé 2010-2016 visant à une réorientation du Système National de Santé vers les Soins de Santé primaires et mise en place d'un parcours de soin, associé à la promotion de mesures d'hygiène .

Concrètement :

Décembre 2011 : majoration du reste à charge sur le tarif de la consultation (de 2,5 € à 5 €) et sur le tarif d'un passage aux urgences (de 3,8 € à 10 €). 15 % des patients n'ont pas de médecin traitant, entraînant 25 % passages inappropriés aux urgences.

Le Service National de Santé créé en 1979 présente 3 Milliards € dettes (dette totale Portugal : 78 Milliards €) en octobre 2011. Sont préconisés alors par le Ministre de la Santé, Vitor Gaspar, le blocage des salaires, retraites, et primes pour dégager 710 millions € d'économie.

Comme partout seront annoncées des mesures de rationalisation que nous avons expérimenté en France : réforme du management pour un meilleur contrôle budgétaire, contractualisation de service public et mécanismes d'incitation au contrôle des dépenses (prescriptions informatisées, validation des démarches thérapeutiques et diagnostiques), cha-

- révision de la carte de permanence des soins ;
- la mise en place de « plan de retour à l'équilibre » ;
- des contrôles accrus des prescriptions (informatisation)

et pour finir un plan de privatisation par vente de plusieurs hôpitaux publics à des groupes bancaires privés et à des industriels (Sonangol).

Roche ne livre plus les CH endettés à son endroit (délai de paiement moyen à 453 j, selon Apifarma).

Pour les praticiens hospitaliers, 2010 a vu une baisse des revenus des fonctionnaires de -5 % à -10 % au-delà de 1500 € ; et 2011 un gel des salaires, le tarif des heures supplémentaires médicales (qui compte pour beaucoup dans les émoluments mensuels) diminué, le non remplacement d'un départ sur 2 à la retraite ; et est envisagée la mutation autoritaire de médecins vers les zones sous-médicalisées.

3) l'Espagne



Pays caractérisé par un chômage à 20 % en 2009 et une dette en 2008 de 39,8 % PIB ; en 2009 de 53,2 % PIB.

La Santé consomme 9,5 % du PIB et est caractérisée par un double financement : transfert du Gouvernement Central (73,6 %) + financement par Régions Autonomes (fiscalité spécifique). Ces deux financements ont connu une chute significative avec +2,49 en 2009-2010 (dont +1,84 par les régions), par rapport à +7,82 en 2007-2008 (+ 8,45).

Les délais de paiement des fournisseurs et prestataires en 2011 sont en moyenne de 415 j (285 j en 2010), et jusqu'à 900 j en Castille (Là aussi Roche se pose des questions...).

Là aussi, un Plan de Réforme du Système de Santé National

(2011-2013) préconise une réforme du management des institutions et structures de santé, des efforts de rationalisation et d'efficience pour maintenir "qualité, innovation, et infrastructure technologique", la mise en place d'une centrale d'achat Nationale (adhésion facultative des régions) pour les produits pharmaceutiques et les DM, une diminution dépenses en médicaments de 2M € (génériques, déremboursements) associée à des présentations fractionnées des médicaments (allant jusqu'à... l'unidose) (août 2011, Zapatero).

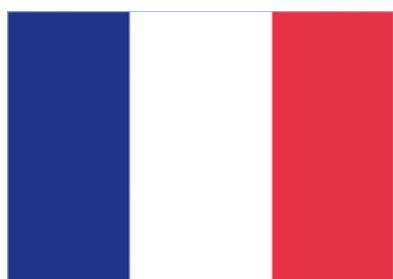
Le transfert des coûts vers les mutuelles, qui a récemment été imposé par la loi en France, est en Espagne une idée non encore consensuelle et des coupures de crédit pour tous les programmes sociaux et les structures sanitaires sont promises par le Parti Populaire, gagnant des élections en novembre 2011.

Pour les hôpitaux, des incitations aux Directeurs à (collectivement) réduire les budgets hospitaliers de 1,2 milliards €

ont été exprimées, entraînant pour 2012 des diminutions des frais de fonctionnement de -15 %, d'investissement de -25 % ; le non remplacement de départs (-1,5 milliard €). Le déremboursement partiel de soins est envisagé pour "responsabiliser" le patient (2012).

Les salaires ont été minorés de 5 % pour tous les personnels fonctionnaires et hospitaliers (2010), et les blocages salariaux actés en 2011. Les salaires des internes sont en danger (chantage à la baisse pour les Médecins hospitaliers), en sachant que 20 % des médecins hospitaliers sont en contrats précaires.

4) La France



Pays caractérisé (INSEE) par un chômage à 9,8 % de la population active en France métropolitaine (10,2 % avec les DOM) en mars 2012 ; et une dette à 1708 milliards € (90 % du PIB) en fin 2011 (dont 150 milliards € - « trou » pour la Sécu, avec +20 milliards € pour 2012). Fin de l'année de 2006 : 1152,2 milliards € (64,1 % du PIB).

En 2011, la France comptait 8,2 millions de pauvres (enquête Insee, 30/08/2011). Avec 340 000 personnes de plus par rapport à 2008 (revenu pauvreté = en 2009 à 954 euros mensuels, soit 60 % du revenu médian français, selon l'Insee).

Environ 29 % de la population française affirme ne pas pouvoir se faire soigner faute d'argent (sondage CSA pour Europ Assistance 25/10/2011). Pour 22 % des personnes interrogées, les soins dentaires et les lunettes sont de plus en plus coûteux, 12 % des Français se priveraient des soins courants et 6 % n'ont plus d'argent pour l'achat d'un médicament. 5 % de la population française se prive de soins lourds : les

interventions chirurgicales, les examens et les traitements coûteux. La France est passée de 11 à 29 % de « soins non faits » en deux ans : en comparaison 5 % des Suédois mais 25 % aux Etats-Unis.

La crise de la dette touche les hôpitaux. Il a été annoncé un retour à l'équilibre en 2012 (????), en sachant que la dette des hôpitaux en 2010 (FHF) est de 433 millions € (2009 : 466 millions €), gravité moindre liée à la hausse modérée des charges par rapport à l'augmentation des recettes (T2A).

Toutefois, 223 hôpitaux sont en déficit exercice 2011 (203 en 2009), soit 2/3 (sans compter le problème des Hôpitaux Militaires). L'ONDAM hospitalier est plafonné à +2,3 % (ONDAM global : +2,5 % pour 2012).

Ces hôpitaux sont confrontés à une crise de liquidités depuis le démantèlement organisé -faillite de Dexia le 4/10/11, et les difficultés de la BPCE et du Crédit Agricole. Semblent donc inévitables : des suppressions d'emplois (AP-HP : 3000-4000 d'ici fin 2012), la fermeture de plateaux techniques (toujours 113 en liste prévus) et la restructuration de la coûteuse Permanence des Soins par baisse des financements MIG.

A ce jour, pas de conséquence

notable sur la qualité des soins hospitaliers, malgré l'épuisement des personnels en place. Mais ce n'est pas fini : Valérie Pécresse veut abaisser le déficit Sécu de 40 % en 2 ans (France 2 : le 22 septembre 2011).

Deux plans de rigueur (Mai 2010 et Novembre 2011) auraient bénéficié au secteur privé selon certains, mais la FHP affirme que 43 % des cliniques en déficit (FHP, octobre 2011). La restructuration de l'offre de soins privée est faite (570 cliniques en 2012 contre 1014 en 1992), et le retard à la convergence tarifaire favorise le secteur public. De toute façon, la crise démographique médicale joue en faveur de la diminution comptable de l'offre de soins, et justifie un ONDAM bridé, associé à la diminution des tarifs de remboursement.

Doit-on s'attendre, quelle que soit l'équipe en place après les élections, à un 3ème plan de rigueur, à un 4ème ?

Où se dessinera-t-il une Europe avec secteur santé et services sociaux à deux vitesses ?

La réponse syndicale devra tenir compte certes de « l'intérêt matériel et moral des professionnels », mais aussi des besoins à satisfaire en matière de santé publique du corps social dans lequel ils évoluent.

➤ PROTOCOLES DE COOPERATION ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTE ARTICLE 51 DE LA LOI HPST DELEGATION DE TACHES ET AUTRES METIERS INTERMEDIAIRES

Des mots qui reviennent souvent dans les discussions entre professionnels et qui méritent peut-être une clarification pour en faciliter la compréhension.

LE RAPPORT BERLAND

À la suite des missions confiées au Pr Berland en 2002 et 2003, le ministre chargé de la Santé a annoncé le lancement de plusieurs projets expérimentant de nouvelles formes de coopération, par dérogation au Code de santé publique (Berland, 2002, 2003).

Outre les dimensions collectives et pluridisciplinaires de la prise en charge des patients, ces expérimentations favorisaient l'émergence de pratiques dérogatoires, autorisant des professions non médicales à réaliser des actes ou des activités en dehors de leurs compétences réglementaires.

L'ARTICLE 51 DE LA LOI HPST

La loi HPST donne un cadre juridique à la coopération entre professionnels de santé en la sortant de son cadre expérimental (article 51). Les professionnels de santé peuvent s'engager à leur initiative dans une démarche de coopération ayant pour objet d'opérer entre eux des transferts d'activités ou d'actes de soins ou de réorganiser leurs modes d'intervention auprès du patient.

Sont concernés tous les professionnels : salarié public ou privé, libéral, en établissement de santé, en centre de santé, en cabinet libéral, en MSP. Un guide méthodologique réalisé par la DGOS et la HAS est mis à disposition de ces professionnels.

Le contexte de 51 HPST

Après plusieurs phases d'expérimentation menées depuis 2003, l'article 131 de la loi n° 2004-806 du 9 août 2004, relative à la politique de santé publique, a donné une base légale à la mise en œuvre d'expérimentations de coopérations entre professionnels de santé et aux possibilités de transfert de compétences entre les professions médicales et les autres professions de santé.

De nombreuses expérimentations ont ainsi été réalisées sous l'égide de l'Observatoire de la démographie des professions de santé (ONDPS) présidé par le Pr Berland. Elles ont concerné la prise en charge de patients diabétiques, de patients suivis dans des centres d'hémodialyse, des patients atteints du virus de l'hépatite C ou encore de patients nécessitant une radiothérapie.

Les enjeux de 51 HPST

Plusieurs constats mettent en lumière la nécessité de développer les coopérations entre les professionnels de santé pour mieux faire face aux défis que doit relever la politique de santé :

- les besoins croissants de prise en charge sanitaire, liés au développement des maladies chroniques et des polypathologies, dans un contexte de vieillissement de la population ;
- l'évolution défavorable de la démographie médicale, accentuée par les disparités de répartition territoriale ;
- les progrès technologiques médicaux qui facilitent l'émergence de nouveaux partages de compétence entre professionnels de santé ;
- la nécessité d'assurer l'efficience des prises en charge au regard des difficultés croissantes de financement des dépenses de santé ;
- l'aspiration des professionnels à faire évoluer leurs activités et leurs compétences tout au long de leur vie.

Les modalités pratiques

Le dispositif prévoit que les promoteurs soumettent leur projet à l'agence régionale de santé (ARS), laquelle vérifie que les protocoles répondent à un besoin de santé constaté au niveau régional.

Dans un second temps, les protocoles retenus par l'ARS sont adressés à la HAS pour être analysés, au regard de critères qui doivent être précisés par arrêté. Finalement, le directeur général de l'ARS autorise la mise en œuvre de ces protocoles par arrêté pris, après avis conforme de la HAS.

Un groupe de travail 51 HPST évalue les différents protocoles de coopération transmis par les ARS et donne un avis transmis ensuite à l'ARS.

LA MISSION HENART ET LES NOUVEAUX MÉTIERS EN SANTÉ

La lettre de mission signée par Mme Bachelot le 18 mai 2010 précisait le contexte de cette mission « Notre système de santé se caractérise, historiquement par une séparation nette entre les professionnels paramédicaux, d'une part, qui ont la plupart du temps effectué trois années d'études, et les professionnels médicaux, d'autre part qui en ont effectué dix voire douze.

Or, à la différence d'autres secteurs d'activité, le nombre de professionnels se situant entre ces deux catégories est extrêmement limité. Cette « bipolarité présente des inconvénients majeurs pour notre problème de santé... »

Surmonter la bipolarité de notre système de santé en facilitant la formation et l'emploi de

professionnels de niveaux « intermédiaires » constitue donc un enjeu décisif pour notre système de santé. ».

Au terme de ce rapport (annexe 3) sont proposés plusieurs nouveaux métiers dans divers champs

- Médico-social, éducation thérapeutique, prévention et accompagnement des patients.
- Approche du parcours de soins (de santé ou de vie) : auprès du généraliste, infirmier pivot (?), infirmière spécialiste clinicienne...
- Coordination administrative.
- Diagnostic et traitement des patients, auprès du généraliste, dans le suivi des pathologies chroniques.
- Réalisation d'actes techniques : IADE, IBODE, IDE de dialyse...
- Appui au développement de et l'utilisation de nouvelles technologies médicales.
- Recherche, enseignement et formation.

COMMENTAIRES.

→ Devant la prise de conscience des problèmes de démographie médicale à venir et face à la législation européenne avec passage en LMD sur le modèle européen, des études IDE, la délégation de tâches ou les pratiques avancées sont un moyen de justifier le passage en master des études spécialisées IDE (IADE, IBODE...) et sont envisagées comme un moyen de répondre au déficit démographique annoncé.

→ Lors des auditions réalisées dans le cadre de la mission Hénart, plusieurs professionnels audités exerçant en bloc opératoire considérant, notamment pour les IADE (mais aussi pour les IBODE), que ces IDE étaient déjà en pratique avancée, ont proposé la réalisation d'actes techniques dans le cadre de missions clairement définies avec une graduation dans la prise en charge des patients au sein d'une équipe médico-chirurgicale, dans un contexte péri-opératoire par exemple.

→ Concernant les protocoles de coopération entre professionnels de santé, les premières demandes sont issues des projets expérimentaux faisant suite à la mission Berland. Une fois examiné par l'ARS qui confirme le besoin par rapport à la démographie régionale, le protocole est examiné par la HAS au sein d'un groupe de travail réunissant des professionnels médicaux et paramédicaux, des représentants des usagers, de l'assurance maladie et des ARS, avec prise en compte d'avis d'experts de la HAS et extérieurs à la HAS. Sont pris en considération dans l'examen de ces protocoles, le caractère dérogatoire des actes réalisés par les paramédicaux (non inscrits dans leur décret de compétence), les risques éventuels induits par la réalisation de l'acte réalisé par un paramédical en lieu et place d'un médecin, l'intervention du médecin déléguant à la demande du délégué et les modalités de cette intervention. Les modalités d'évaluation de ces protocoles et la mise en place d'indicateurs de suivi sont précisées dans chaque protocole.

La sécurité du patient et l'analyse des risques induits par l'application de ces protocoles sont déterminants dans l'analyse du protocole. Plusieurs de ces protocoles ont nécessité plusieurs relectures et des adaptations ont été proposées par la HAS à l'ARS, relais avec les professionnels impliqués dans la mise en œuvre de ce protocole, avant de permettre la validation du protocole.

Dans tous les cas, il est apparu indispensable de préciser quel est le rôle de chacun des professionnels de santé à chaque étape du parcours de soins du patient dans le cadre du protocole, notamment afin d'éviter la superposition d'actes identiques pour une même prise en charge.

Les modalités de financement des actes ou des consultations réalisés par des paramédicaux et considérés jusqu'alors comme médicaux, devront être réfléchies de manière précise si l'on veut rendre pérenne ces protocoles et les rendre possible aussi bien en milieu hospitalier qu'en pratique libérale.

Le SMARNU organise lors du **MAPAR 2012**

Au Palais des Congrès Paris Porte Maillot

Liste de diffusion du **SMARNU**

Le SMARNU met en place une liste de diffusion permettant de se tenir au courant des nouvelles syndicales, d'échanger en direct entre praticiens et avec les responsables syndicaux.

Cette liste est libre, elle permet de recevoir ou d'envoyer des messages à tous les inscrits. L'inscription et la désinscription sont faciles et instantanées. Il est possible de recevoir toutes les communications de la liste en un seul mail par jour.

Pour s'inscrire écrire à
smarnu-request@ml.free.fr
avec pour sujet subscribe.

Une conférence sur le thème : **Médecins hospitaliers Statuts : Présent et perspectives.**

Par
Marie-Laure Moquet-Anger
Professeur Agrégé de Droit Public
Université de Rennes 1

Le vendredi 15 juin 2012
9h30-11H
Salle 202



SMARNU

SYNDICAT DES MEDECINS
ANESTHESISTES-REANIMATEURS
NON UNIVERSITAIRES



FÉDÉRATION HOSPITALIÈRE DE FRANCE

LA FHF RÉUNIT
PLUS DE
1 000 HÔPITAUX
ET
1 000 STRUCTURES
MÉDICO-SOCIALES



WWW.FHF.FR >
OFFRES D'EMPLOI

PLUS DE 30 000
OFFRES D'EMPLOI
ET PLUS DE 15 000 CV



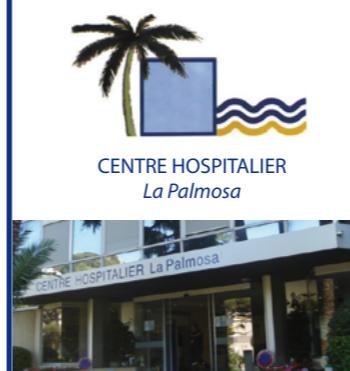
LA RUBRIQUE
OFFRE D'EMPLOI
PERMET AUSSI
L'ACCÈS A UN
ESPACE CANDIDAT

La Fédération hospitalière de France
est partenaire



Un site de
Macéo éditions

LE CENTRE HOSPITALIER DE MENTON RECRUTE UN MEDECIN EN ANESTHESIE REANIMATION



- Le Centre Hospitalier La Palmosa, d'une capacité de 258 lits est situé au sud des Alpes Maritimes sur le littoral.
- Le projet d'établissement a 2 objectifs principaux, conforter l'activité existante et développer la filière gériatrique et consolider la chirurgie, notamment le pôle public privé de chirurgie qui a ouvert le 1er février 2010.
- Le service de chirurgie est composé d'une unité de 42 lits d'hospitalisation, d'un secteur de chirurgie ambulatoire et comporte les spécialités (orthopédie, traumatologie, chirurgie générale et digestive, gynécologie-obstétrique, urologie, endoscopie, ophtalmologie).
- L'effectif médical est composé de 2 praticiens en chirurgie viscérale, 2 praticiens en orthopédie-traumatologie, un praticien en urologie, un praticien en gynécologie-obstétrique et de 3 praticiens temps plein et un praticien mi-temps en anesthésie

Adresser votre candidature, accompagnée d'un curriculum vitae à :
Madame le Directeur du Centre Hospitalier La Palmosa - 2 avenue Antoine Péglion - B.P. 189 - 06507 Menton cedex
Tél. : 04 93 28 72 01 - Fax : 04 93 28 76 51 - Email : directeur@ch-menton.fr

Le Centre Hospitalier de Fougères (35) Bretagne,

Recrute pour renforcer son équipe de 5 anesthésistes



443 lits et places

DEUX ANESTHÉSISTES

Médecine (cardio, pneumo, gastroentérologie, diabétologie, gériatrie aigüe)
Chirurgie : OT, viscéral, ORL, Stomato
Maternité –néonatalogie-pédiatrie (niveau 2)
Urgences (22 000 passages) SMUR soins continus- Scanner.



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)

Recherche pour son service ANESTHESIE
MEDECINS ANESTHESISTES-REANIMATEURS
(Pour renforcer son équipe).
PAR MUTATION - CONTRAT D'UN AN
CONTRAT DE REMplacement DE COURTE TERME

PERSONNES À CONTACTER :

Dr GOURC André : 02.69.61.80.00 (poste 7866), mail : a.gourc@chmayotte.fr

Mme MASSIAS Sylvie poste 31.34, mail : s.massias@chmayotte.fr

Service et équipement :

- bloc opératoire de 5 salles avec 1 médecin anesthésiste pour 2 salles et 1 IADE par salle
- activité de pédiatrie et de maternité importante
- gardes et astreintes rémunérées selon réglementation statutaire.

Rémunération :

Les rémunérations sont statutaires avec les avantages liés à l'outre-mer.

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 Centre Hospitalier de Fougères (35) Bretagne,

Recrute pour renforcer son équipe de 5 anesthésistes



443 lits et places

DEUX ANESTHÉSISTES

Médecine (cardio, pneumo, gastroentérologie, diabétologie, gériatrie aigüe)
Chirurgie : OT, viscéral, ORL, Stomato
Maternité –néonatalogie-pédiatrie (niveau 2)
Urgences (22 000 passages) SMUR soins continus- Scanner.



CENTRE HOSPITALIER DE MONT DE MARSAN

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

- 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
- Equipe 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

L'établissement est engagé dans un projet de restructuration et d'extension globale de son bloc opératoire

- 8 salles d'opération, 11 postes de SSP1
- Très bon niveau d'équipement, informatisation, échographe
- 9 MAR, garde sur place,
- Chirurgies de spécialités sauf chirurgie cardiaque, ophtalmologie, et neurochirurgie
- Maternité de 1500 accouchements,
- Service qualifiant pour la spécialité (1 à 2 DESAR)
- Un plateau technique : TDM, IRM, réanimation, angioplastie, cancérologie, néphrologie hémodialyse, endoscopies interventionnelles, pédiatrie, USI néonatale, SAU, SAMU SMUR centre 15, ...

Centre Hospitalier, Avenue Pierre de Coubertin, 40 024 Mont-de-Marsan Cedex

Pour tout renseignement, vous pouvez joindre :

- Monsieur le Docteur PASCAL, chef de service, 05 58 05 17 50, michel.pascal@ch-mt-marsan.fr
- Monsieur le Docteur ANCELIN, Chef de pôle, 05 58 05 11 70, pascal.ancelin@ch-mt-marsan.fr
- Docteur TESTON, Chef de service et Chef de pôle, 05 58 05 18 51 ou 07 77 36 61 33, philippe.teston@ch-mt-marsan.fr
- Madame BOUQUEREL, Directeur des affaires médicales, 05 58 05 10 20, aurore.bouquerel@ch-mt-marsan.fr ou affaires-medicales@ch-mt-marsan.fr



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 l'été (1h00) et des Pyrénées l'hiver (2 heures)
- Par autoroute (A 65) 130 kilomètres de Bordeaux (1h 30)
- Paris à 3 heures de Bordeaux en train (T.G.V.)
- L'Espagne à environ deux heures de route en voiture

Recrute

UN 7^{ÈME} RÉANIMATEUR ET UN ANESTHÉSISTE

Avec possibilité de remplacements préalables
Autorisation d'exercice en France et
qualification ordinaire en anesthésie-réanimation exigées

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 17 50, michel.pascal@ch-mt-marsan.fr
- Monsieur le Docteur ANCELIN, Chef de pôle, 05 58 05 11 70, pascal.ancelin@ch-mt-marsan.fr
- Docteur TESTON, Chef de service et Chef de pôle, 05 58 05 18 51 ou 07 77 36 61 33, philippe.teston@ch-mt-marsan.fr
- Madame BOUQUEREL, Directeur des affaires médicales, 05 58 05 10 20, aurore.bouquerel@ch-mt-marsan.fr ou affaires-medicales@ch-mt-marsan.fr

LE CENTRE HOSPITALIER DES PAYS DE MORLAIX (29)



Etablissement situé dans une agglomération touristique de 30 000 hab. à proximité : gare SNCF, située à 10 mn de la mer, 30 min de BREST (ville universitaire dotée d'un aéroport international), 2H15 de RENNES recrute :

thumb Up **Un anesthésiste(s)**

thumb Up **Un réanimateur**

Possibilité de renseignements au : 02.98.62.69.11
Secrétariat : glenaour@ch-morlaix.fr

Merci d'adresser vos candidatures et curriculum vitae à :

La Direction des Affaires Médicales
Centre Hospitalier des Pays de Morlaix
15, rue de Kersaint Gilly
BP 97 237
29672 MORLAIX Cedex

Le CENTRE HOSPITALIER D'AGEN

(Région Sud-Ouest – Aquitaine – 1h15 de Toulouse et Bordeaux)
Gare TGV – Aéroport – Autoroute – Facultés
Chef lieu de département, 687 lits et 26 places.

Poste disponible
immédiatement
Praticien Hospitalier
ou contractuel
Temps plein

RECRUTE Un MEDECIN ANESTHESISTE

Pour rejoindre une équipe de 6 médecins.
Possibilité de logement temporaire

Adresser candidature à : Madame Marie-Pascale GAY
Directrice des Ressources Humaines - Centre Hospitalier d'Agen - 47923 AGEN CEDEX 9
Tél. Secrétariat : 05 53 69 70 90 - E-mail : secretariat.drh@ch-agen.fr

**CENTRE HOSPITALIER
AGEN**

Disposant d'un plateau technique complet :
I.R.M.
Scanner
Médecine Nucléaire
Réanimation

Le Pôle urgence soins critiques plateau médico-technique

du CH d'Ajaccio

RECHERCHE 1 MAR

pour compléter une sympathique équipe de 11 PH (10,6 ETP).



Activité D'anesthésie : Chirurgie viscérale, vasculaire, orthopédie, urologie, ORL Ophtalmo Gyneco).

Bloc opératoire récent (7 salles) SSPI : 11 postes dont 8 ouverts. Activité H24).

-Obstétrique : 1200 accouchements (peridurale 75%) (Bloc obstétrical récent 2 salles).

-Algologie (Implication dans la douleur aiguë).

15 IADE (1 IADE de garde sur place).

Un MAR de garde sur place en Anesthésie .

Espace de Consultation partagé avec l'Algologie .

Activité de réanimation Unité de 11 lits de réanimation ouverte en 2001 Surveillance continu en gestation 5 lits. Dossier patient informatisé(PICIS) Activité Réanimation polyvalente (med 70% chir traumato 30%).

Un MAR de Garde sur place en Réanimation.

TTA reconnu par l'institution depuis 2004.

Plateau technique : TDM, IRM, AngioCoro ,2 appareils d'échographie à disposition des AREA, caisson hyperbare .UNV en gestation.

Projet d'hôpital neuf à l'horizon 2017.

Activité partagée (Anesthésie Réanimation préférable mais non obligatoire).

Contacter

Affaires Médicales : 04 95 29 91 63
affmed.brigitte@ch-ajaccio.fr

Responsable Pôle : Dr B.Lecomte 06 85 55 79 61
bernard.lecomte@ch-ajaccio.fr

LE CENTRE HOSPITALIER DE LA COTE BASQUE

(Établissement public de santé de 1160 lits et places desservant un territoire sanitaire de 320.000 habitants)



recherche UN PRATICIEN HOSPITALIER

POUR SON SERVICE D'ANESTHÉSIE
(activité de Bloc Opératoire, Maternité, Soins Intensifs post-opératoires)

TEMPS PLEIN

Pour tous renseignements, s'adresser auprès de :

M. le Dr Rainer KUTZ - tél. 05.59.44.32.05 - e-mail : rkutz001@ch-cotebasque.fr

M. Philippe POIRIER - Directeur Adjoint - Tél. 05.59.44.39.84 - e-mail : phpoirier@ch-cotebasque.fr

Avenue de l'Interne Jacques Loëb - 64109 BAYONNE

**CENTRE HOSPITALIER
LE PUY-EN-VELAY**

RECHERCHE :
ANESTHESISTE-REANIMATEUR
Praticien Hospitalier et/ou Assistant

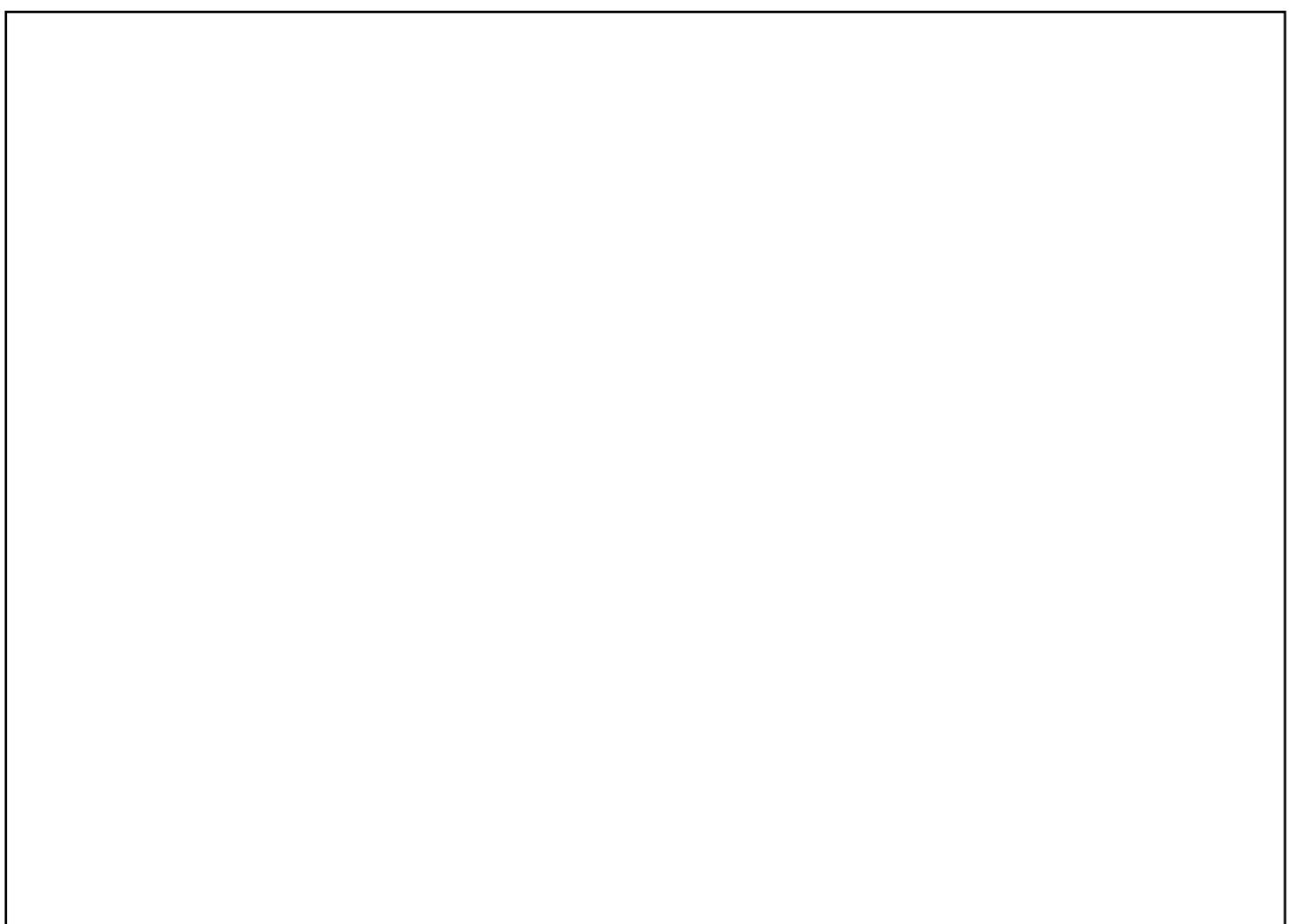
Envoyer CV + lettre à :
Monsieur le Directeur
des Ressources Humaines et des affaires Médicales
Centre Hospitalier Emile ROUX 43012 LE PUY-EN-VELAY CEDEX
Tél : 04.71.04.38.03 - E-mail : affaires.medicales@ch-lepuy.fr

Le Centre Hospitalier Emile ROUX
LE PUY-EN-VELAY - Région Auvergne

(Situé à 1 heure 15 de Clermont-Ferrand, à 45 minutes de Saint-Etienne, et à 1 heure 15 de LYON)

POLE SANITAIRE DE REFERENCE,
engagé dans une restructuration architecturale importante (locaux neufs sur le secteur chirurgie, mère-enfant, anesthésie-réanimation, bloc opératoire, urgences
ouverture d'un nouveau bâtiment de médecine et moyen séjour au printemps 2010)

Comportant 404 lits et places de court séjour et un plateau technique diversifié et complet
(Urgences, SAMU, Scanner, IRM, Imagerie nucléaire, bloc opératoire neuf, Unité de Reconstitution des Cytostatiques, stérilisation centrale...)




Pour renseignements et candidatures, s'adresser à :
-Dr Nicolas LETELLIER (nletellier@ch-dreux.fr) 02.37.51.83.62 ou -Dr Marc BOUDON (mboudon@ch-dreux.fr) 02.37.51.83.93

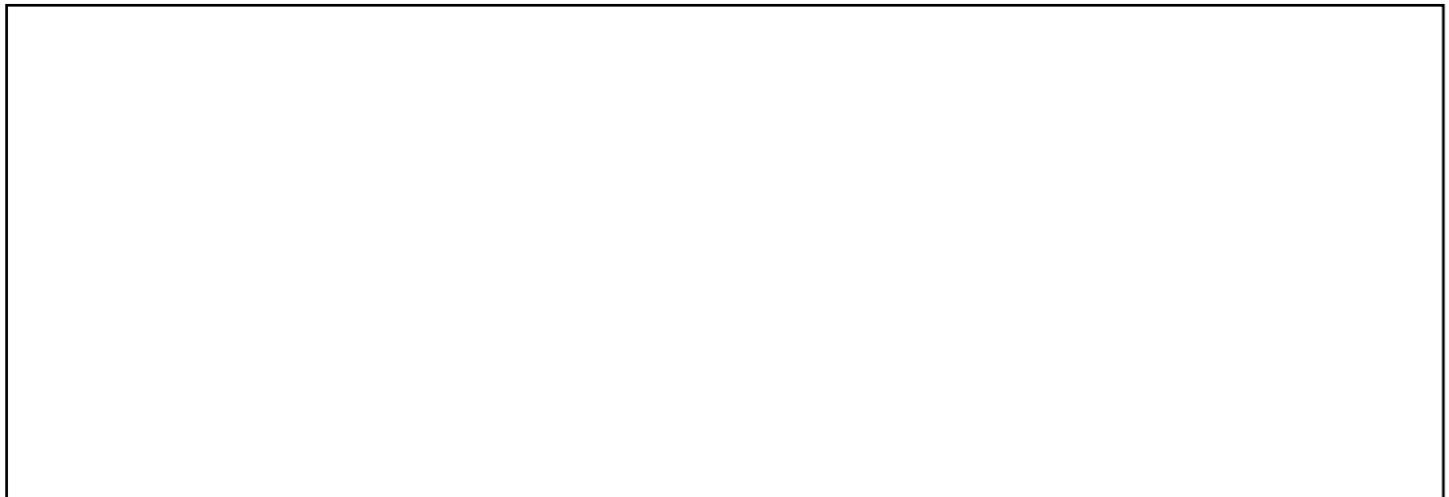
Le Centre Hospitalier de Dreux (Eure et Loir)
situé à 73 kilomètres de PARIS (Porte Saint-Cloud)
recherche UN REANIMATEUR SENIOR
pour compléter son équipe médicale
Poste à pourvoir sous le statut de PH par mutation, PHC ou Assistant Spécialiste
Descriptif du service :
Capacité : 8 lits de réanimation et 3 lits de surveillance continue.
Activité : 530 entrées en 2010.
Très bon niveau d'équipement (hémodialyse, hémofiltration, échographe pour ETT et ETO, PICCO, fibroscopes, DTC...) Service assurant des gardes sur place avec repos de sécurité et indemnisation des plages additionnelles.
Informations établissement : 531 lits et places MCO, 87 places en hôpital de jour, 262 places personnes âgées, 10 places Alzheimer.
Plateau technique : IRM, angioscanneur 64 barrettes, bloc opératoire de 8 salles, SAMU avec transports héliportés.

L'INSTITUTION NATIONALE DES INVALIDES



Merci d'envoyer CV et lettre de motivation à : secretariat.direction@invalides.fr

établissement public à vocation hospitalière, recrute
1 MEDECIN ANESTHESISTE
en CDI (statut P.H) mi-temps ou temps plein.
Chirurgie des séquelles de lésions neurologiques centrales.
Pas de gardes.
Astreinte téléphonique (très rares déplacements)
Vous pouvez nous contacter au : 01 40 63 23 01
Institution nationale des Invalides
6 boulevard des Invalides – 75700 PARIS



CENTRE HOSPITALIER INTERCOMMUNAL ALENCON-MAMERS



Nombre total de lits : 819
(préfecture de 55 000 habitants, 1h30 Côte Normande et 2h de Paris)

Recherche pour le site d'Alençon
→ 1 PH pour le service de Réanimation
Le candidat peut être un anesthésiste réanimateur avec une expérience de réanimation ou un réanimateur médical.
(site : <http://www.ch-alencon.fr>)

Pour tout renseignement, contacter : Dr MEROUANI au 02 33 32 30 45.
Adresser candidature et curriculum vitae à : Monsieur le Directeur du CHIC Alençon-Mamers - 25 rue de Fresnay - BP 354 - 61014 Alençon cedex - (adresse messagerie : direction@ch-alencon.fr)

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

Etablissement (inauguré en octobre 2011), organisé en 9 pôles chirurgicaux et médico-techniques, qui permet une prise en charge globale et optimisée des patients grâce notamment à un plateau technique complet et de pointe.

RECRUTE ANESTHESISTES
pour renforcer son équipe de 9 praticiens

Le bloc opératoire est composé de 8 salles d'opérations intégrées, 1^{er} établissement français équipé en totalité du monitorage DRAËGER et de colonnes embarquées TRUMPF, il assure la prise en charge de nombreuses spécialités chirurgicales et médicales : Chirurgies (viscérale, digestive, vasculaire, thoracique, endoscopie digestive, gynécologique, orthopédie et traumatologie, ORL, ophtalmologie), cardiologie interventionnelle, rythmologie,...

Le Centre Hospitalier dispose d'un service de réanimation (16 lits), de surveillance continue (8 lits), (7 réanimateurs dédiés à ce service) ; d'USIC (8 lits) et USINV (4 lits).

www.ch-chalon71.fr



Pour tout renseignement, contacter :

Monsieur le Docteur MARIOTTE Jean-Louis - Responsable de service
Jeanlouis.mariotte@ch-chalon71.fr

Direction des Affaires Médicales
Tél : 03.85.91.01.54 - ginette.gilliers@ch-chalon71.fr

Envoyer candidature et CV à :
M. le Directeur du Centre Hospitalier - 4, rue Capitaine Drillien
71100 CHALON-SUR-SAÔNE
Tél : 03.85.44.66.88 - Fax : 03.85.44.66.99



LE CENTRE HOSPITALIER DE MOULINS-YZEURE (ALLIER)

1^{er} ETABLISSEMENT DE SOINS DE LA REGION AUVERGNE (hors CHU) CERTIFIE V3 SANS RESERVE

1096 lits et places dont 341 lits en M.C.O.

VILLE DE PREFECTURE

à 2H30 de Paris et de Lyon - 1H de Clermont-Ferrand

**RECHERCHE POUR REJOINDRE UNE EQUIPE DE 5 PRATICIENS
TEMPS PLEIN ET 1 TEMPS PARTIEL**

www.ville-moulins.fr

● UN 6^{ème} ANESTHESISTE A TEMPS PLEIN

pour son site de MOULINS Centre ville

Plateau technique performant
1 I.A.D.E par salle au Bloc opératoire (8 salles réparties par spécialité)
Bloc obstétrical récent contigu au bloc opératoire

Anesthésie en chirurgie digestive, urologie, orthopédique, vasculaire, gynécologique, endoscopique, spécialités, maternité de niveau 2

Participation au tour de garde sur place - repos de sécurité



CENTRE HOSPITALIER
MOULINS YZEURE



POUR TOUT RENSEIGNEMENT CONTACTER :
Mlle le Dr Martine BROUSSE, Médecin-Chef de Service
Tél : 04.70.35.77.06 - Email: m.brousse@ch-moulins-yzeure.fr

LES CANDIDATURES ET CV SONT A ADRESSERA :
Mme la Directrice des Affaires Médicales - C.H. de MOULINS-YZEURE
10 avenue du Général de Gaulle - BP 609 - 03006 MOULINS CEDEX
Tél : 04.70.35.79.71 - Email : affaires-medicales@ch-moulins-yzeure.fr

Nom : _____ Prénom : _____
Année de naissance : _____ Nationalité : _____

Coordonnées personnelles :

N° : _____ Voie : _____
Code postal : _____ Ville : _____
Tel : _____ Fax : _____
e-mail : _____

Coordonnées professionnelles :

Centre hospitalier : _____
Code postal : _____ Ville : _____
Tel : _____ Fax : _____
e-mail : _____

Cursus :

Année de thèse : _____ Année de qualification : _____
Année de DES : _____ Année de CES : _____

Mode d'exercice :

- CHG
- Convention FEHAP
- Temps plein
- Temps partiel
- Activité libérale

Responsabilité :

- Responsable de pôle
- Chef de service
- Responsable UF
- Coordonnateur

Statut :

- PH
- PH contractuel
- PH associé
- PAC
- Attaché
- Autre

Secteur d'activité :

- Anesthésie/ Bloc
- SAMU-SMUR
- Urgences
- Douleur
- Réanimation
- Autre

Modifications intervenues dans votre établissement ces deux dernières années :

Départs : Dr _____
 Nominations : Dr _____
 Postes vacants : _____

Cotisation Année 2012 :

Adhésion unique : 110 €
Adhésions groupées (à partir de 2 pers.) : 100 €
Adhésion Jeune PH (du 1^{er} au 4^{ème} échelon) : 50 €

Formulaire à retourner accompagné de votre règlement à :

Docteur Cazaban, Groupe Hospitalier Le Raincy-Monfermeil, service d'anesthésie
10 rue du Général Leclerc 93370 Monfermeil

Merci d'établir vos chèques à l'ordre du SMARNU CCP n° : 33.968.97V 033 La Source



Créez gratuitement vos propres réseaux et rejoignez un grand nombre de réseaux de la santé



Communiquez avec de nombreux contacts



Recherchez des offres de recrutement et constituez votre nouveau plan de carrière



Gérez en toute liberté les informations de votre profil

MÉDICAPÉDIA
SANTÉ PUBLIQUE

Informez-vous grâce à la base de connaissances et participez à son enrichissement en devenant rédacteur

Réseau Pro Santé est une plateforme sociale dont l'intérêt est de susciter l'échange et de faciliter le quotidien des professionnels de la santé, en proposant divers services allant de la création de réseaux, à la recherche d'offres de recrutement, à la consultation et l'enrichissement d'une base de connaissances.



Rejoignez le réseau en vous inscrivant gratuitement sur
www.reseauprosante.fr