

LA LETTRE SYNDICALE DU

SMARNU

Sept 2011
N°52



- > « Sédation » et anesthésie en endoscopie
- > Les propositions concrètes du SMARNU
- > Démographie médicale des Anesthésistes-Réanimateurs
- > Fiche pratique : Disponibilité mode d'emploi

SMARNU

SYNDICAT DES MEDECINS
ANESTHESISTES-REANIMATEURS
NON UNIVERSITAIRES

SYNDICAT DES MEDECINS ANESTHESISTES-REANIMATEURS NON UNIVERSITAIRES



**SYNDICAT DES MEDECINS
ANESTHESISTES-REANIMATEURS
NON UNIVERSITAIRES**

Sommaire

➤ Mot du président	P01
➤ « Sédation » et anesthésie en endoscopie : vers une régression des pratiques ?	P02
➤ Les propositions concrètes du SMARNU	P03
➤ Démographie médicale des Anesthésistes-Réanimateurs : propositions d'action syndicale	P07
➤ Fiche pratique : disponibilité mode d'emploi	P12
➤ Annonces de recrutement	P14

SMARNU, Syndicat des médecins anesthésistes réanimateurs non universitaire

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 2500 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



Les temps sont durs pour ceux qui travaillent, la France de ceux qui se lèvent tôt est devenue celle de ceux qui spéculent, qui héritent, ou qui ont des relations. Certes nul ne peut nier une conjoncture économique difficile avec une dette publique qui enfle, des crises boursières à répétition, mais peut-être que l'heure est venue de poser des questions de société essentielles :

- veut-on une santé de qualité solidaire ou seulement pour ceux qui peuvent se la payer ?
- qui doit-on rémunérer en priorité avec l'argent de la solidarité nationale : les soignants ou les investisseurs ?
- le financement de la sécurité sociale exclusivement sur le travail est-il pertinent (toute crise et augmentation du chômage engendre une explosion du déficit de la sécurité sociale) ?
- peut-on encore accepter des injonctions de plus en plus fréquentes d'administratifs non médecins qui cherchent à orienter la médecine vers ce qui est « rentable » ?

Mais il faut bien se rendre compte d'une chose c'est que le soin de qualité a un coût !

Certes il reste une marge d'optimisation du « juste soin au juste coût », les anesthésistes-réanimateurs ont toujours été à la pointe dans ce domaine avec la valorisation du travail d'équipe face aux comportements archaïques et individualistes de certains confrères. Nous avons été les premiers à plaider pour des restructurations des plateaux techniques et une organisation rationnelle des blocs opératoires. Cependant il reste énormément de travail pour que les anesthésistes-réanimateurs soient entendus et reconnus dans les tâches fondamentales qu'ils ont accomplies et qu'ils accompliront encore.

Actuellement, les hôpitaux ne cherchent plus à faire du soin mais à gagner de l'argent, ou plutôt à en dépenser le moins possible, dans une jungle des cotations en éternel mouvement. Ainsi, si vous faites un projet, n'oubliez pas d'insister sur la rentabilité à court terme, plutôt que sur l'utilité. Vous obtiendrez le soutien du directeur, et vous aurez toutes les chances d'être nommé chef de pôle ! Présentez des objectifs irréalisables, des cotations fantaisistes, et n'oubliez pas d'ajouter que les consultations vous les faites en trois minutes chrono, c'est bien mieux que vos fainéants de confrères !

Occultez ce qui peut coûter ou tout ce qui peut diminuer le nombre d'actes est devenu un tabou. C'est normal, la prime de fin d'année des directeurs et leurs carrières dépendent des objectifs comptables. Ainsi, à force de rapiéçages nos hôpitaux finissent par fuir de tous les cotés faute d'entretien, mais l'essentiel est sauf puisque l'objectif comptable est préservé ! Mais attention, les tensions entre professionnels, la démotivation, la surproductivité à outrance provoquent des problèmes de sécurité et de qualité des soins.

Le gouvernement a tout misé sur la gouvernance non médicale avec des augmentations salariales pour les préfets et directeurs d'hôpitaux. Tout sur le gouvernail et rien sur le moteur que l'on compte pousser jusqu'à explosion... Face à cela comment réagir autrement que se désinvestir, changer de structure, gonfler le rang des intérimaires, ou déprimer ?

Si on voulait démolir l'hôpital public, on ne pourrait pas s'en prendre de meilleure manière.

Le partenariat systématique public-privé tant plébiscité par le gouvernement n'est pas la solution miracle. Le fiasco de l'hôpital Sud Francilien (gouffre financier de 100 Millions d'euros) en est un bon exemple. Nous observons aussi des réticences du privé à ces rapprochements lorsqu'il n'est pas assuré d'absorber une bonne partie de l'activité publique existante. Est-ce que le privé pourra prendre en charge les patients précaires, dépendants, ceci à moindre coût ?

Ainsi, le maintien d'un hôpital public modernisé et attractif pour les jeunes praticiens est un réel enjeu d'avenir.

Le SMARNU, syndicat battant et progressiste, a transmis des propositions au ministère visant à améliorer l'attractivité des carrières hospitalières, à limiter la pénibilité, à respecter les aspirations des praticiens et à rémunérer ceux qui font des efforts dans le cadre du décompte horaire tout en favorisant les échanges et garantissant la continuité des soins.

Ces propositions, au final peu ou pas coûteuses, répondent aux aspirations des praticiens, sont tout à fait réalistes y compris dans la conjoncture actuelle. Elles dépassent le cadre de simples revendications.

Vous les trouverez dans cette revue.

Le ministère promet d'aborder le sujet de l'exercice médical à l'hôpital et de l'assiette des cotisations des retraites à la rentrée, affaire à suivre, mais nous restons sceptiques, nous ne nous contenterons pas de simples promesses !

Nous vous attendons à l'AG du SMARNU qui aura lieu le vendredi 23 septembre à 18h lors du congrès de la SFAR, vous pouvez venir même si vous n'êtes pas cotisant afin d'enrichir le débat (mais seuls les cotisants pourront voter, il sera bien sûr possible de cotiser sur place).

Vous trouverez dans ce numéro une nouvelle rubrique pratique du praticien hospitalier sur la prise d'une disponibilité. Nous vous proposerons dans les prochains numéros une rubrique réservée à vos e-mails, afin de vous donner la parole.

Si, dans votre équipe, certains confrères ne reçoivent pas cette revue, prêtez leur cet exemplaire et envoyez-nous leurs coordonnées, elle est gratuite pour tous les anesthésistes-réanimateurs.

Les élections professionnelles auront lieu en fin d'année soyez vigilants (suivez le site du syndicat <http://www.smarnu.org> ou du CPH <http://www.cphweb.info/>), elles passeront par le vote électronique.

Elles déterminent la représentativité des syndicats, si vous souhaitez soutenir un syndicat dynamique qui ne représente que les anesthésistes-réanimateurs, qui ne se disperse pas dans ses actions et dont la gestion est particulièrement rigoureuse, n'hésitez pas à voter pour nos listes.

Dr ANDRIAMIFIDY Louison
CH Salon de Provence
Président du SMARNU

« Sédation » et anesthésie en endoscopie : vers une régression des pratiques ?

Des recommandations émises récemment par des organismes européens (a) et relayées par des sociétés savantes françaises (b) ont inquiété les professionnels de l'anesthésie.

Il s'agit de faire réaliser des actes d'anesthésie en endoscopie par des personnels non anesthésistes formés à cet effet.

Un des motifs invoqués pour justifier ces nouvelles pratiques est la difficulté d'accès aux personnels qualifiés en anesthésie dans certains centres actuellement et dans un contexte futur de dégradation démographique. Des esprits opportunistes pourraient penser que ce serait pour certains la possibilité de s'affranchir de la contrainte réglementaire actuelle de l'anesthésie et pour d'autres une mise en œuvre à moindre coût.

Actuellement la pratique de l'anesthésie est réglementée et ne peut être faite que par des personnels autorisés à le faire, médecins et IADE.

Notre syndicat s'associe aux autres représentants des professionnels de l'anesthésie (syndicats de médecins et d'infirmiers) pour rappeler que tout projet de ce type en anesthésie ne pourra se faire qu'après validation par les professionnels de la spécialité.

Nous ne sommes pas de façon dogmatique opposés à tout processus de coopération ou de délégation de tâches entre professionnels de santé, à condition que cela se fasse avec une garantie de qualité et de sécurité des soins pour les patients et une définition claire de la responsabilité de tous les intervenants. Avec bien sûr une réflexion sur le coût et la rémunération de l'acte et des acteurs.

Dr Denis Cazaban,
PH anesthésie, Hôpital de Montfermeil.

a : ESGE, ESGENA, ESA. « Non-anesthesiologist administration of propofol for GI endoscopy ». *Endoscopy* 2010; 42(11): 960-74

b : <http://www.sfed.org/Recommandations/Recommandations.html>

LES PROPOSITIONS CONCRETES DU SMARNU POUR L'ATTRACTIVITE ET LE DYNAMISME DE L'HOPITAL PUBLIC

1. Introduction

La démographie médicale préoccupante, la nécessité de travailler en réseau, les modifications des comportements des médecins vont faire de l'attractivité et du dynamisme des structures de soin un enjeu majeur.

1.1 Les effets pervers de la gestion comptable :

La gestion comptable actuelle vise à payer du travail médical, ce travail est largement pollué par des tâches non médicales à cause d'économies faites sur l'environnement de travail. Elle n'a bien souvent rien à voir avec de l'optimisation de tâches.

Nombres d'effets pervers naissent de cette gestion purement comptable :

- Difficulté de recrutement de praticiens titulaires avec explosion de l'intérim médical.

- Fort mécontentement, démotivation, épuisement professionnel.

- Départ de praticiens vers d'autres activités à moindre contrainte.

- Retard d'équipement des plateaux techniques qui se

contentent du minimum légal avec parfois du matériel vétuste bricolé sujet à des pannes nombreuses.

- Cumul du compte épargne temps.

- Risque d'accidents accru.

1.2 Une rémunération paradoxale n'incitant pas à l'investissement personnel :

En considérant le salaire horaire du praticien hospitalier on constate que :

- Il diminue dès lors que les demi-journées s'allongent.

- Il diminue lors du travail de nuit, de week-end et de jour férié.

Le temps de travail additionnel est une notion abstraite et injuste car :

- Il n'est pas considéré comme des heures supplémentaires.

- Il comporte une double tarification de jour et de nuit dont la répartition est aléatoire et arbitraire.

- la tarification de nuit et de week-end au final moins avantageuse que celle de jour.

Le tarif des gardes de nuit (indemnité de sujexion) des docteurs en médecine est soumis à d'importantes variations pour un même travail sans raison valable (le chef de

clinique qui passe praticien hospitalier voit paradoxalement sa rémunération de garde diminuer de 55%).

Le travail médical ne se limite pas à la réalisation d'actes : la réflexion médicale, la communication, la permanence des soins, la documentation, la formation, l'étude de dossier font partie intégrante du travail et doivent être considérées comme tel.

Le gouvernement actuel ayant fait preuve d'une capacité à réformer au pas de charge, nous n'accepterons ni négociations interminables, ni simples promesses écrites bien souvent non tenues, nous demandons la parution de décrets après des débats concis.

2. Prise en compte de la pénibilité du travail

Les praticiens sont prêts à prendre leur retraite tardivement si on les soulage de tout ou partie de la permanence des soins. Ceux qui se sont beaucoup investis en travail de nuit ou qui ont un handicap doivent bénéficier d'une retraite précoce.

2.1 Aménagement de la fin de carrière :

→ Diminution des obligations de gardes et astreintes opposables en fin de carrière, le praticien pouvant en faire plus sur la base du volontariat :

- diminution à partir de 50 ans.

- suppression à partir de 60 ans.

→ Augmentation à 48 heures du repos compensateur pour praticiens de plus de 60 ans.

2.2 Retraite anticipée sous certaines conditions :

L'exposition à des facteurs de pénibilité doit donner droit à des retraites anticipées. Nous proposons un mode de prise en compte progressive plutôt que de fixer une limite arbitraire.

→ Crédit sur l'âge légal de départ à la retraite

Diminution de l'âge d'obtention du taux plein en fonction du nombre d'heures de travail de nuit effectuées sur la carrière hospitalière.

→ Si 10% d'invalidité la retraite à 60 ans

2.3 Facilité administrative pour moduler le temps de travail du praticien :

Démarche administrative allégée et rapide pour le passage d'un temps partiel au temps plein et inversement.

L'objectif étant de moduler son temps de travail en fonction de la période de sa vie. En effet des rythmes ou des horaires inadaptés

à la résistance physique individuelle ou à la vie familiale sont à l'origine soit d'un changement de filière soit à l'arrêt temporaire ou définitif de l'activité professionnelle.

3. Attractivité financière

3.1 Constat :

Le mode de rémunération de la permanence des soins est extrêmement complexe (indemnité de sujexion, TTA de jour, TTA de nuit avec soustraction de l'indemnité de sujexion).

La rémunération de la mobilité des praticiens par une prime multisite fixe est totalement inadaptée aux modes de fonctionnement modernes (distance et fréquence variable).

Nous proposons de simplifier et valoriser à sa juste valeur le travail médical de nuit et de week-end, l'investissement personnel, la mobilité et le temps de travail effectif sur des bases simples.

Une rémunération essentiellement à l'activité n'est pas souhaitable car :

→ elle ne concerne que les spécialités à forte composante technique.

→ elle est extrêmement réductrice, en réduisant le praticien à un outil de production d'actes.

→ elle ne tient pas compte de la composante humaine et le travail intellectuel de notre profession.

→ elle provoque une inflation parfois inadaptée des actes qui sera in-fine coûteuse.

→ elle ne convient pas à la spécialité d'anesthésie-réanimation qui n'a pas la maîtrise de son activité.

3.2 Propositions :

a) Prise en compte réelle du temps de travail :

→ Décompte horaire du temps de travail pour tous les praticiens.

→ Définition précise du temps de travail légal du praticien faisant référence en terme d'obligation de service.

→ Décompte réel du temps de déplacement en astreinte qui doit être considéré comme du temps de travail.

b) Paiement du temps de travail spécifique à la période de travail : Des heures de travail effectives selon des barèmes de jour, de nuit, de dimanche et fériés sur la base du tableau de service.

c) Disparition de la notion de temps additionnel au profit de la notion d'heures supplémentaires :

Bonification en terme de rémunération et d'échelon de l'investissement et de la prise d'initiative. Rémunération des heures supplémentaires (c'est à dire dépassant les obligations de service) soumises à majoration et à la législation en vigueur. La répartition des heures supplémentaires se faisant au prorata temporis mensuel afin d'éviter tout aléa d'interprétation.

Bonification en terme de rémunération et d'échelon de l'investissement et de la prise d'initiative :

L'initiative et l'investissement personnel doivent être encouragés et épaulés.

Actuellement une simple prime est accordée uniquement à quelques rares fonctions. Or l'investissement personnel ne se limite pas à la chefferie de pôle. Le travail dans certaines structures difficiles à pourvoir, l'investissement dans certains postes de responsabilités et activités transversales doivent être reconnus en terme de rémunération et d'acquisition d'échelon.

4. Mobilité du praticien

4.1 Constat :

De nombreuses structures sont contraintes de faire appel à l'intérim pour pouvoir fonctionner.

Ce mode de fonctionnement qui ne devrait être que provisoire à tendance à durer, hypothéquant de ce fait toute vision d'avenir.

Dans le contexte actuel, le coût de l'intérim, qui ne répond qu'à l'offre et la demande est difficilement contrôlable.

4.2 Objectifs :

→ Faciliter les échanges volontaires entre les structures et catalyser les réseaux.

→ Diversification de l'expérience professionnelle.

→ Mise à disposition des structures des praticiens impliqués dans le service public et pouvant s'investir dans l'évolution et la qualité des services.

→ Limiter le recours à l'intérim, contrôler les coûts.

→ Limiter le cumul du compte épargne temps.

→ Compenser les modes d'exercices allégés.

4.3 Propositions :

a) Dépannage de praticiens :

→ Permettre aux praticiens, sur la base du volontariat, sur simple déclaration de dépanner d'autres structures sur leurs jours de récupération ou sur les RTT.

→ Rémunération réglementée et régulée avec prise en charge des frais de déplacement.

b) Créer une véritable attractivité des postes à recrutement difficile qui bénéficieront :

→ d'un index de majoration des salaires

→ de l'acquisition accélérée d'échelons

5. Rendre l'outil de travail hospitalier attractif

5.1 Constat :

Le retard dans l'investissement de matériel médical conforme à une pratique moderne nuit à l'attractivité de certaines structures

(par exemple échographie en anesthésie).

Le poids financier de certains travaux techniques ou structurels coûteux ont une répercussion négative sur le financement des soins.

L'absence sur le terrain des directeurs de structures dans les services, la défaillance de la transmission d'information, la non prise en compte des avis médicaux

engendrent un sentiment de non considération du travail du soignant.

Nous ne contestons pas la capacité de trancher du directeur en cas d'incohérence ou de désaccord médical mais le fonctionnement démocratique doit être favorisé en premier lieu afin de catalyser les implications personnelles.

La clause de non-concurrence actuelle ne permet pas la fuite de praticiens désabusés mais dissuade les jeunes de s'engager dans le service public.

Certaines dérives qui consistent « à se faire une clientèle dans l'hôpital public » pour ensuite l'exploiter dans une structure privée concurrente doivent être combattues par l'attractivité des carrières hospitalières mais aussi par un contrat social liant le praticien au service public. Notre spécialité est à la marge de ces dérives car ne dispose pas par nature d'une « clientèle propre ».

Le médecin hospitalier est envahi par du travail non médical (administratif, paramédical) ce qui est un manque d'optimisation manifeste d'une main d'œuvre coûteuse.

5.2 Propositions

→ Uniformisation des matériels médicaux en fonction de recommandations des sociétés savantes qui énoncent les matériels et techniques à avoir à disposition avec des niveaux de priorité et/ou en fonction du type d'activité.

- Plan d'investissements nationaux avec application effective selon un calendrier défini d'avance.
- *Dissociation des budgets structurels et d'entretien du financement des soins.*
- *Remplacement de la clause de non concurrence par un contrat social.*
- *Instauration d'un fonctionnement démocratique dans les services (élection des responsables de service par les praticiens du service).*

→ *Notation des responsables d'établissement sur d'autres critères que comptables* (critères managériaux, critères de santé public, recherche d'optimisation).

- Attribuer aux responsables d'établissements du temps afin d'aller au contact des équipes dans les services.
- *Donner au médecin le moyen de se recentrer sur le travail médical* (logiciel adapté et performant, équipement médical moderne, personnel paramédical suffisant, unité de lieu pour les activités).

6. Compte épargne temps :

6.1 Constat :

Le compte épargne temps est une manière déguisée de ne pas payer le travail médical, il a été soumis à de nombreuses controverses ces dernières années.

Malgré un remboursement partiel

des CET en 2008 (loin d'être à la hauteur des promesses), ces derniers continuent d'enfler dangereusement posant le problème de leur péremption et donc de la perte définitive de leur bénéfice.

Les mesures décrites précédemment et notamment les récupérations et dépannages devraient permettre de diminuer voir résorber les CET.

6.2 Propositions :

- *Remboursement progressif sur une certaine période.*
- *Utilisation afin de bonifier la retraite.*

Conclusion

Notre proposition vise à simplifier le statut de PH. Mais plus que la simplification elle a la prétention d'apporter le dynamisme et l'attractivité qui font actuellement défaut à l'hôpital public. Elle permettra une implication variable au travail avec une rémunération clairement en rapport.

En luttant contre l'intérim, en optimisant le temps médical et dans un contexte de démographie médicale décroissante (avec diminution de l'âge moyen des praticiens actifs), elle ne devrait pas s'avérer coûteuse.

Elle sera aussi une solution au problème du cumul du compte épargne temps.



Démographie médicale des Anesthésistes-Réanimateurs : propositions d'actions syndicales

Les études de la démographie des anesthésistes-réanimateurs menées par Silvia Pontone (SP) depuis 1991, le CFAR depuis 1999, la DRESS depuis 2004, le CNOM et le CNG plus récemment, ont permis de fixer une photographie, de permettre des projections à délais variables, et en fonction de ces projections de proposer des

décisions politiques concernant la formation de professionnels, dont certaines ont été prises en cohérence avec les orientations politiques choisies en matière de santé publique.

Le discours syndical doit donc rappeler rapidement l'instantané, les projections, les mesures politiques prises, mais aussi question-

ner la cohérence des orientations compte tenu des variables de santé publique, de la sociologie des professionnels, des évolutions des compétences, sans oublier ce qui est la raison d'être de notre syndicat : l'amélioration des conditions de vie et de travail des médecins anesthésistes-réanimateurs.

A. L'instantané 2010 :

9692 AR (9391 en métropole) selon le CNOM, statistique plus fiable selon SP, ou 10701(10453 en métropole (Adeli)).

La démographie des Médecins Anesthésistes Réanimateurs en 2010 est caractérisée par :

- Un exercice majoritairement secteur hospitalier public (SPH)-6083, par rapport à 2982 libéraux purs et 422 en exercice mixte ;
- Une féminisation des AR actuellement à seulement 35%, mais leur part à l'Examen Classant National est maintenant de 50% (40% en chirurgie) ;
- Un âge moyen de 51 ans, mais à

pyramide « à triangle inversé », les 50-59 représentant 44,3% des AR.

- Un départ à la retraite moyen à 63,2 ans (130 pour 2010), la cessation précoce d'activité étant le fait des femmes, et ce avant le départ des chirurgiens, professions moins féminisées.

- Une densité médicale nationale de 16,2 AR /100 000 hab, qui recouvre de fortes disparités régionales essentiellement organisées autour d'un axe Aquitaine-Rhône Alpes (sauf Ile de France et Alsace) allant de 22,65 en PACA à 9,65 en Picardie (CNG, 2008), et de fortes disparités intra-régionales mises en évidence par les ARS.

B. Projections à 2020 :

La baisse de -50% du nombre d'AR prédicté en 1991, revue à -30% en 1999 ne se réalisera heureusement pas, se limitant à 16-20% grâce aux mesures correctrices prises sous l'impulsion justement des projections démographiques (arrêtés du 13 juillet 2011).

Toutefois, les projections font apparaître :

- Un départ à la retraite de 5000 praticiens environ d'ici à 2020, résultant de la structure d'âge « à pyramide inversée » (les nombres des décès-12- et des sorties temporaires-172- pour 2010 devraient être stables),

- Départ qui ne sera pas compensé par les 385 postes/an réservés lors de l'ECN à l'AR entre 2011 et 2015 (soit 1932 pour 2011-2015), dont l'entrée dans le marché du travail se fera entre 2016 et 2020, laissant un Δ de 3000 environ d'ici 2020 ;

- Tout en sachant que les aspirations au départ sont fluctuantes, les départs réels entre 2000 et 2004 dépassant les intentions initiales.

- Et que d'autres éléments peuvent aggraver ce déficit : la durée maximale hebdomadaire européenne du travail restant à 48h, les ajustements du temps médical se font selon le principe du Temps de

Travail Additionnel dont rien ne dit qu'il va perdurer ; et des valeurs sociétales liées à l'épanouissement individuel hors du travail, induisant une présence moindre au travail, tant pour les hommes que pour les femmes.

Le Δ de 3000 est donc un minimum à l'horizon 2020, et une spécialité qui avait pris l'habitude d'une main d'œuvre abondante, jeune, et guidée par des maîtres plus âgés et symboles de l'expérience se verra transformée en une spécialité (restreinte), vieillie, et sans héritiers en nombre suffisant.

Au-delà de 2020, les projections semblent plus optimistes, mais ne peuvent être qu'incertaines.

C. Les mesures politiques prises :

Dans le cadre d'un budget de la santé corseté par l'ONDAM, et d'une facture santé à 8% du PIB, de mesures d'économies pour 2012 entraînées par le déficit budgétaire abyssal aggravées par la crise du système financier et productif, la santé ne saurait être épargnée.

Protéger le citoyen en assurant qualité et sécurité des soins pour l'AR a entraîné les réactions politiques suivantes :

- Le déficit démographique médical a produit un élargissement du

Numerus Clausus (NC) (environ 7400 en 2010 et 2011), mais plus important est le nombre de postes affectés à l'AR à l'ECN. L'AR est une spécialité choisie parmi les premières par les candidats spécialistes ;

- Pour le SPH, le taux de vacance statutaire national des PH en AR (22,7 en 2010 pour les Temps Plein), mais variant pour les PH de 16,5 (PACA) à 31,8 (Picardie) en cohérence avec la densité médicale déjà mentionnée, va forcément baisser quand la restructuration des plateaux techniques sera arrivée à son terme ;

• Le recentrage de la spécialité a commencé avec la création de la spécialité de Médecine d'Urgence, jusque là employant de nombreux AR, mais rendue interne depuis 2010 avec la fin du DESC ;

• La perspective d'une évolution de métier d'IADE, et la refondation des professions d'infirmier et IADE autour du socle LMD. Dans le prolongement de l'article 51 de la Loi HPST, la mission Hénart, préconise (rapport de Janvier 2011) la création de « professions de santé de niveau intermédiaire » ;

D. Le commentaire syndical :

Il prend forcément en compte les données de la Démographie, discipline enfin valorisée parce que permettant au moins à moyen terme d'influencer le réel, mais il doit aller plus loin. Tenir compte par exemple de données sociales (temps et conditions de travail, rémunérations), sociétales (place

des femmes et aspirations de la jeunesse dans la profession), économiques (rôle de la santé dans le bien-être et les besoins d'une population vieillissante, qualité et sécurité uniformes de notre art sur le territoire en contradiction avec certains arguments comptables).

1) Les données démographiques instantanées sont incomplètes.

Elles ne tiennent pas compte de l'existence préoccupante de deux facteurs, déficit grave actuel et vieillissement accéléré des équipes d'AR, qui se conjuguent pour créer des zones de pénurie médicale en AR durables.

Chaque région administrative comprend un ou deux départements dans ce cas. Pour le Centre, par exemple :

Centres hospitaliers de référence	Nombre de postes	Postes vacants	Poste Occupé par	Part >= 55 ans							
				Nb	%	Titul	Ctr TP	Ctr Tp	Assis	Att	Nb
BOURGES (18)	12	3	0,25	8			1			7	0,58
CHARTRES (28)	19	0	0,00	15	1			2	1	6	0,32
DREUX (28)	17	2	0,12	14	1					8	0,47
CHATEAUROUX (36)	13	1	0,08	8	3			1		4	0,31
CHRTO TOURS (37)	86	6	0,07	65	6	3	6		38	0,44	
BLOIS (41)	18	3	0,17	12	1			2		8	0,44
CHRO (45)	43	9	0,21	27	5	1	1		16	0,37	
Total	208	24	0,12	149	17	5	12	1	87	0,42	

Il apparaît plusieurs types de services d'AR hospitaliers : a) certains proches du CHU de référence ou le CHU lui-même (36, 37), b) d'autres proches de la Région Parisienne (28) qui partagent le sort bénéfique de leur proximité, et enfin c) certains loin des 2 sources (18,45). Ces territoires, parfois peuplés, sont victimes d'une forme de discrimination organisationnelle de la spécialité. Ainsi, en l'absence d'une coopération bien plus réelle que la mise en place d'une formation régionale (et centralisée) ou de filières de soins (souvent d'évacuation centripète de patients), ce

qui menace c'est le retour à l'état d'hospice dont ils ont eu tellement de mal à sortir, et l'attribution à un secteur privé souvent guère moins anémié des secteurs les plus rentables selon des critères d'un autre temps.

Le syndicat doit donc réclamer :

- 1. le maintien d'un flux de formation calé sur le nombre prévu de sortants aux environs de 400/an, eu égard aux modifications des besoins en AR liés aux autres facteurs indépendants de la retraite.

- 2. la mise en place d'une coordination régionale sous l'autorité de l'ARS des services de spécialités

à la fois structurantes et à risque d'extinction départementale, telle la nôtre, sous peine de justifier le recours coûteux à l'intérim par des directeurs d'hôpitaux aux abois et délaissés de leurs tutelles. Les restructurations de plateaux techniques établies, rien ne justifie la politique du pire jouée par les ARS, et des expériences concluantes de « prêts » d'AR par le CHU (internes en fin de cursus, jeunes chefs) montrent que c'est possible. Le CHU doit jouer son rôle de leader local, mais pas à son seul profit.

- 3. la mise en place de services d'anesthésie de territoire,

vieille revendication du SMARNU, ayant pour vocation la mise en réseau des plateaux techniques et le soutien de structures géographiquement isolées mais indispensables, et l'homogénéisation de la pratique professionnelle.

→ 4. Une attribution de crédits aux pôles d'AR tenant partiellement compte de la contrainte liée à l'isolement. Ils serviraient d'appoint de rémunération en particulier pour attirer des AR hors du CHU vers les zones à contraintes et production d'autant plus élevées qu'elles découlent d'une pénurie en AR. Des salaires de base différents selon les régions, ou selon les territoires dans une région (départements isolés) contribueraient à lisser la densité médicale.

2) Les projections à l'horizon 2020 font entrevoir une situation difficile,

même si la notion du « pire » n'est plus évoquée. Mais nous avons vu que le « pire » existe déjà dans certains départements, que les aspirations au départ à la retraite sont « fluctuantes », que les jeunes générations sont réticentes à se sacrifier à un système où les textes ne leur accordent pas leur place, et dont ils ne sont pas sûrs qu'il leur garantira une digne retraite.

Le syndicat doit :

→ 1. réclamer toutes les mesures qui permettront aux AR de la tranche d'âge 55-65 ans de rester dans la profession, et à son poste de PH pour ce qui concerne

l'Hôpital : équipes suffisamment nombreuses pour permettre de supporter la permanence des soins (mini 7/service), possibilités de passer à 80% (ou moins) payés 100% en monétarisant des jours CET ; allègement de la charge de travail par une participation accrue à des activités transversales et de qualité sans abandonner l'activité de soins etc...

→ 2. œuvrer vers un recentrage de l'activité AR sur le cœur de son métier, en récusant toute fonction administrative complexe voire superflue, en évitant l'implication de l'AR dans des activités qu'il avait assumées par le passé, mais qui peuvent tout aussi bien être assumées par d'autres acteurs médicaux (DIM, Douleur, HDJ...). Des référentiels de métier existent, doivent être adaptés par nos sociétés à la situation nouvelle.

→ 3. N'avoir recours aux professionnels extra-UE qu'une fois acquise la certitude que leur qualité professionnelle a été authentifiée sur la base de critères aussi rigoureux que ceux utilisés pour les professionnels UE (examens et concours strictement identiques) ; donc ne pas céder à la tentation du colmatage démographique factice.

→ 4. Faire tout ce qu'il faut pour que la vie professionnelle ne soit pas un frein au développement de la vie personnelle, par exemple familiale pour les mamans : hygiène de vie pour l'AR en garde, crèche présente et ouverte pour les jeunes

parents dont les AR, diminution du temps de transport par logements de fonction ou aide à l'habitat proche...

→ 5. Etudier les modes d'organisation de la profession dans les autres pays européens : à diplôme égal, pourquoi pas modes de travail identiques ?

3) Enfin, les mesures politiques ont-elles été adéquates à la situation ?

La tentation est grande de croire que le « politique » a laissé faire en pensant que le bateau trouverait lui-même les courants pour le mener à bon port. Cruelle désillusion quand aux yeux du public, avec les scandales du type Médiator (après celui du sang contaminé, de l'hormone de croissance), et l'indignation quant au reste à charge provoqué par la cupidité de certains, c'est bien le désert médical et la crainte de ne pas pouvoir être soigné qui est la troisième plaie du système de santé qui fut jugé en 2000 le meilleur du monde. Certes l'augmentation du NC, et le maintien du nombre de postes proposés à l'AR au moins à son niveau actuel sont positifs. Mais l'inertie de ces mesures en matière de démographie imposera d'ici 2020 des mesures plus drastiques :

- restructurations réfléchies et modernisation de l'immobilier hospitalier ;
- développement du transport sanitaire aérien ;
- collaboration avec le secteur

privé évoluant vers un système de santé unifié ;

- Réflexion sur la « délégation » réelle de tâches et les responsabilités à des professions intermédiaires nouvelles,

- Un financement des études de médecine (prise en charge des frais de formation et bourse à hauteur suffisante pour assurer dignement les frais de vie quotidienne) en échange d'un engagement

d'exercer de manière fléchée dans des zones défavorisées sur un certain nombre d'années suivant l'obtention des diplômes.

La crise démographique qui s'annonce a ceci de positive qu'elle va nous faire sortir de la période ouverte en 1960, en garder le meilleur, rejeter le superflu, et faire bouger les lignes.

Docteur James Brodeur
(vice-président du SMARNU),
CH Jacques Cœur, Bourges.

Repères Bibliographiques :

- Pontone Silvia : La réalité de la démographie en anesthésie-réanimation : ce qu'il faut en attendre ; Le Praticien en AR 3 (1999) : 265-270
 Pontone Silvia : La démographie médicale des anesthésistes réanimateurs est-elle encore compromise en France à l'horizon 2020 ? Ann Fr Anesth Reanim 29 (2010) 862-867
 Cour des Comptes : Les personnels des établissements publics de santé (rapport thématique) Mai 2006
 Sénat : rapport d'information sur la démographie médicale (J. Juilhard) Oct 2007
 CNG : Eléments statistiques sur les praticiens hospitaliers au 1 janvier 2010
 CNOM : Atlas de démographie Médicale 2010



Fiche pratique : disponibilité mode d'emploi

En cette période difficile pour l'exercice médical en général et hospitalier en particulier (loi HPST, révision de la Directive Européenne sur le temps de travail, absence de dialogue social, etc...) la tentation est forte de faire une pause, la disponibilité est une possibilité offerte par notre statut. Aussi il nous a semblé bon de faire le point sur ce dispositif.

Mais tout d'abord il est bon de rappeler que même si la mise en disponibilité est le plus souvent prononcée à la demande du praticien, ce n'est pas toujours le cas.

Un praticien peut être mis en disponibilité d'office dans les cas suivants :

- Arrêt de travail supérieur à 12 mois consécutifs.
- Incapacité professionnelle.
- Inaptitude à reprendre son poste à l'expiration d'un congé de longue maladie (durée 3 ans) ou d'un congé de longue durée.
- A la fin d'une période de recherche d'affectation infructueuse.
- A la fin d'un détachement ou d'une disponibilité quand la réintégration demandée par le praticien n'est pas possible.

Dans ces cas c'est le Centre National de Gestion qui est à l'initiative de la mise en disponibilité.

Un praticien peut obtenir une mise en disponibilité dans des circonstances particulières ou pour convenance personnelle.

Les circonstances permettant d'obtenir une disponibilité se divisent en 2 catégories selon les conditions d'obtention :
De droit ou sous réserve de nécessité de service.

Une mise en disponibilité de droit (donc sans condition) sera accordée en cas de :

- Accident ou maladie grave d'un membre de la famille (parent, conjoint ou partenaire, enfant) pour une durée maxi de 9 ans (3 années renouvelables deux fois).
- Education d'un enfant de moins de 8 ans ou atteint d'une infirmité nécessitant des soins continus pour une durée maximum de 4 ans (2 années renouvelables).
- Adoption d'un enfant à l'étranger ou dans les DOM, COM et Nouvelle Calédonie pour une durée de 6 semaines maximales.

Les circonstances permettant d'obtenir une mise en disponibilité sous réserve de nécessité sont :

- Pour suivre son conjoint ou partenaire (PACS, Concubin) devant résider pour raison professionnelle dans un lieu lointain, dans ce cas la durée maximale est de 2 ans mais renouvelable sans cependant dépasser 10 ans sur la totalité de la carrière.
- Pour réaliser des études ou des recherches d'intérêt général, dans ce cas la durée maximale est de 3 ans mais renouvelable sans cependant dépasser 6 ans sur la totalité de la carrière.
- Pour formation dans ce cas la durée maximale est de 1 an par 6 ans de fonction de PH.

Dans ces 3 cas la notion de nécessité de service est le point primordial à prendre en compte. En effet, vu le contexte démographique et social il faut rester vigilant devant les interprétations abusives que risqueraient de faire nos directeurs ? En cas de dérive n'hésitez pas à demander l'aide du SMARNU. Mais les directeurs ne sont pas les seuls à donner leur avis, le chef de pôle et le président de CME sont aussi consultés donc même si ce n'est pas obligatoire une petite visite explicative et cordiale ne peut qu'augmenter les chances qu'ils vous soutiennent dans votre demande.

Pour finir, la plus intéressante des possibilités est la demande de mise en disponibilité pour convenances personnelles. Dans ce cas aucune justification à donner, mais en pratique une motivation 'recevable' par vos interlocuteurs (Directeur, Président de CME et chef de pôle) peut aider à relativiser la possible nécessité de service que l'on pourrait vous opposer. Par contre les demandes de nature agressives, revendicatives ou provocatrices risquent d'être contre productives, dans ce cas abstenez vous.

Dans tous les cas votre demande devra être formulée auprès du directeur de l'établissement dans lequel vous exercez au plus tard 2 mois

Pour des infos plus précises se référer au paragraphe 5 du Statut consultable sur le site web du syndicat www.smarnu.org

avant le début de la disponibilité. Quid de votre poste ? Après 6 mois il est déclaré vacant.

- L'activité dans un hôpital public (remplacement ou autre) est-elle possible pendant la disponibilité ?

Oui sans réserves (y compris géographique cette disposition ancienne ayant été abrogée) pour la disponibilité pour convenance personnelle. Dans les autres cas chaque situation mérite d'être analysée au cas par cas afin d'éviter d'être accusé de détourner la disponibilité de son objet.

- Que faire pour être réintégré de façon anticipée en cours de disponibilité ?

En faire la demande 2 mois à l'avance.

- La réintégration après une disponibilité peut-elle se faire dans l'établissement où elle a été obtenue ?

Oui si le poste est vacant (décision du directeur du CNG après avis favorable du Directeur, du Président de CME et du chef de pôle). Dans le cas contraire trois propositions de postes de même discipline sont faites au praticien, si celui-ci les refuse toutes il pourra être rayé des cadres après avis de la commission statutaire nationale (à cette étape aussi le SMARNU peut vous aider).

Annonces de recrutement

Le Centre Hospitalier de BEAUV AIS (Oise)

Recrute

un Praticien Hospitalier / ou Assistant Spécialiste pour renforcer l'équipe d'Anesthésie-Réanimation et pour l'extension de son Unité de surveillance continue

Contacts

2^{ème} CHG de Picardie 948 lits - siège SAMU 60

12 lits de Réanimation
6 lits de soins continus
10 000 interventions aux blocs opératoires/an
2481 naissances/an
Plateau technique moderne et performant
2 Scanner - 2 IRM
60 km Amiens
80 km Paris
Aéroport Beauvais - Tillé



- DR GASSARA Chef du service d'Anesthésie
Tel : 03 44 11 21 89 m.gassara@ch-beauvais.fr
- Dr Anne-Marie GUERIN Chef du service de Réanimation
Tel : 03 44 11 21 87 am.guerin@ch-beauvais.fr
- Isabelle PARENT Directrice Affaires Médicales
Tel : 03 44 11 20 05 i.parent@ch-beauvais.fr

Candidature et CV à adresser à
Monsieur le Directeur
Centre Hospitalier de Beauvais
Avenue Léon Blum BP 40319
60021 Beauvais Cedex



Le Centre Hospitalier de Roanne Recherche un Praticien Hospitalier temps plein



en anesthésie et réanimation chirurgicale

Le service d'anesthésie fait partie du pôle chirurgie-bloc-anesthésie
situé dans un bâtiment entièrement neuf.

Il est doté de :

- 11 salles de bloc opératoire, dont 3 de gynécologie-obstétrique, 2 d'orthopédie traumatologique, 2 de digestif, 1 de vasculaire, 1 d'ophthalmologie, 1 d'urologie et 1 pour l'ORL - stomatologie
- 17 postes de réveil

Toutes les salles possèdent un respirateur PRIMUS.
Il y a également 5 modules d'AILOC, 3 modules d'ENTROPIE.
Le dossier anesthésie per et de SSPI est informatisé.
1 appareil d'échographie est dédié pour l'anesthésie loco régionale écho guidée.
Une réunion est organisée chaque semaine pour discuter des dossiers.

L'équipe médicale est composée de 6.5 ETP de médecins et 2 internes de CHU.

Le service est organisé en temps continu.

Il existe une garde sur place pour la gynécologie obstétrique et une astreinte forfaitisée pour le bloc central.

Le temps de travail additionnel est rémunéré.

Pour tout renseignement : Dr Alain CANNAMELA - Chef de service en anesthésie-réanimation
Centre Hospitalier - BP 511 - 42328 Roanne Cedex - Tel : 04 77 44 36 94 - alain.cannamela@ch-roanne.fr
ou Mme Christiane MAZZARIOL - Responsable des Affaires Médicales
Tél : 04 77 44 33 04 - Christiane.mazzariol@ch-roanne.fr

AUBENAS Centre Hospitalier d'Ardèche Méridionale



Le C.H. d'Ardèche Méridionale est un établissement sur 2 sites de Médecine-Chirurgie-Obstétrique, de Soins de Suite et de Réadaptation :

Site de BELLANDE: 205 lits actifs de médecine-chirurgie et obstétrique

Site de VALS LES BAINS : 160 lits de soins de suite et de réadaptation (médecine physique et de réadaptation et diabétologie).

- Un service d'urgence + SMUR (26 000 passages avec une activité saisonnière)
- 10 lits de pédiatrie, 4 lits de néonatalogie ; 20 lits de maternité de niveau 2A (850 accouchements)
- Un service de 50 lits de chirurgie, dont 6 de réanimation
- 1 scanner 32 barrettes - 1 IRM - 1 radiologie avec échographie, mammographie - Laboratoire de biologie - Electroencéphalogramme

L'établissement s'inscrit dans une politique de développement des spécialités avec le **recrutement de plusieurs praticiens** notamment
1 ORL, 1 gastro-entérologue, 1 neurologue, 1 chirurgien gynécologue obstétricien, 1 chirurgien orthopédique.

La direction concentre son effort de recrutement vers les jeunes médecins souhaitant relever un challenge autour d'un projet motivant et valorisant soutenus par une équipe administrative toute acquise.

Possibilité de Chefferie

LE SERVICE REANIMATION SOINS INTENSIFS

Dans le cadre du Groupement de Coopération Sanitaire (GCS) de réanimation AUBENAS/MONTELIMAR/PRIVAS, nous définissons un objectif de 8 lits de Soins Intensifs Polyvalents (SIPo) complétés de soins continus et de réanimation et soins continus sur Montélimar.

Les soins intensifs polyvalents correspondent à la prise en charge des patients chirurgicaux, vasculaires, polyopathologies, relevant de l'orthopédie ou du digestif lourd, l'insuffisance respiratoire chronique, les intoxications médicamenteuses dans leur phase initiale ou instable. Des possibilités existent pour pratiquer l'hémofiltration.

Le Centre Hospitalier d'Ardèche Méridionale développe le secteur de chirurgie ambulatoire.

Il comportera 9 box et sera opérationnel en juin 2011.

Personnes à Contacter :

- Docteur BARJON - Président de la CME : 04.75.35.63.90.
- Madame Geneviève ROUDIER : Attachée d'Administration - Direction des Affaires Médicales
- Affaires générales - Gestion de la clientèle : 04.75.35.81.76
genevieve.roudier@ch-ardeche-meridionale.fr
- Centre Hospitalier Site de Bellande - Avenue de Bellande - 07205 Aubenas

LE SERVICE ANESTHESIE

L'anesthésie s'effectue sur 2 sites le bloc opératoire (5 salles) et le bloc d'Obstétrique (3 salles). Les Praticiens interviennent dans le service des urgences et en radiologie (TDM et IRM).

L'activité est en moyenne de 400 séjours par an et de 1 900 journées d'hospitalisation

4 500 interventions réalisées dont 80 % sous anesthésie générale et locorégionale et 850 accouchements dont 65 % sous périnéale.

La chirurgie pratiquée est :

- Chirurgie digestive et biliaire, classique et coelioscopie (3 praticiens)
- Chirurgie Ortho-traumatologique (3 praticiens)
- Chirurgie vasculaire (1 praticien)
- Chirurgie gynécologique (1 praticien)
- ORL (2 Praticiens)
- Ophtalmologie (1 praticien intervenant)
- Gastro-entérologue (1 praticien)
- Obstétriciens (3 praticiens)

LE CENTRE HOSPITALIER DE MONTBRISON



Situé dans la plaine du Forez
A 25 mn de Saint Etienne et 50 mn de Lyon
Avec autoroute et gare SNCF à proximité
Ville de 15 000 habitants, dynamique

www.ch-montbrison.fr

RECHERCHE ANESTHESISTES-REANIMATEURS

Profil anesthésie pour pôle chirurgie temps plein ou temps partiel
Travail au bloc opératoire

Pour tout renseignement, prendre contact avec Mme PALLIES-MARECHAL,
Directeur Adjoint chargé des Affaires Médicales
Tél : 04 77 96 78 86 - Mail : c.pallies@ch-montbrison.fr

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

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-



Recrute pour ses services d' **Anesthésie-Réanimation-Surveillance continue**

· DES ANESTHESISTES

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

Le Centre Hospitalier InterCommunal de Castres/Mazamet



2ème Pôle sanitaire de Midi-Pyrénées
Etablissement de 1000 lits et places
Hôpital Neuf ouvert depuis janvier 2011

Disposant d'une garde sur place en réanimation et d'une garde sur place en anesthésie
Région agréable à 1 heure de Toulouse et de la Méditerranée



Recherche praticiens en anesthésie-réanimation
(Temps plein ou temps partiel)

Adresser candidature et CV à :
Monsieur le Directeur - CHIC Castres/Mazamet - 6, avenue de la Montagne Noire - BP 30417 - 81108 Castres Cedex
Tél. : 05 63 71 60 00 - E-mail : secretariat-direct@chic-cm.fr

CHU NÎMES

Un CHU jeune et réactif

RECRUTEMENT EN COURS

ANESTHESISTES - REANIMATEURS

Architecture neuve
Rayonnement et attractivité de la basse vallée du Rhône, Gard jusque l'Ardèche-Lozère.

La recherche comme priorité
60 PHRC en 2010
Plateforme de soutien à la recherche dont deux médicaux writers

Nîmes : bassin de vie 400 000 hab.
25 minutes de Montpellier,
2h50 de Paris en TGV
Offre culturelle exceptionnelle, cité romaine tradition festive.

Appelez
La Direction des Affaires Médicales au 04 66 68 30 11
adjoint.dam@chu-nimes.fr

www.chu-nimes.fr

MEDECINE
CHIRURGIE
REANIMATION
URGENCES
REEDUCATION
GERONTOLOGIE
PSYCHIATRIE

CHU de Nîmes
5000 employés
2000 lits

TEP-Scan
IRM 3 Tesla
BLOC : 20 salles
Robot Chirurgical
Télémedecine
Accélérateurs de particules
Acupuncture
Hypnose

Le Centre Hospitalier d'Angoulême (hôpital de référence du territoire de santé de Charente)
TGV : 2h15 de Paris et 0h45 de Bordeaux - 1h30 de l'océan

recherche deux Anesthésistes-Réanimateurs
pour renforcer son équipe de neuf praticiens

Etablissement disposant de nombreuses spécialités MCO dont un service de réanimation et d'un plateau technique très performant (IRM, scanners, angioplastie, rythmologie interventionnelle, scintigraphie, radiothérapie, projet Tep Scan...)

Un bloc chirurgical (informatisation prochaine) avec 8 salles d'opération, une grande salle de réveil, une salle dédiée aux césariennes
Un bloc obstétrical (1500 accouchements par an)
Activité chirurgicale d'urologie, d'orthopédie, de viscérale, d'ORL

Postes de Praticiens hospitaliers ou Praticiens contractuels temps plein.
Etablissement autorisé à recruter par contrat de clinicien - proposition financière attractive - Possibilité de temps partiel- temps additionnel rémunéré- garde sur place

Contactez : Dr Corine COMBRET, responsable du secteur d'anesthésie
Tél. 05 45 24 42 57 (secrétariat) - e-mail : corine.combret@ch-angouleme.fr

Véronique NAVARRI, directrice des affaires médicales
Tél : 05 45 24 40 04 - e-mail : veronique.navarri@ch-angouleme.fr

COMMUNAUTE HOSPITALIERE DE TERRITOIRE

Centre Hospitalier de Saint Malo Centre Hospitalier de Cancale Centre Hospitalier de Dinan

RECRUTE

Pour le Centre Hospitalier de Saint Malo, établissement dynamique et en pleine évolution (blocs opératoire et obstétrical neufs de 8 salles livrés en janvier 2011) de 1 000 lits et places, Et afin de renforcer son équipe d'anesthésistes,

DEUX ANESTHESISTES

Activité chirurgicale variée
Cadre de vie exceptionnel en bord de mer
Agglomération de 100 000 habitants qui attire chaque année environ 220 000 touristes
Accès facilité par la ligne TGV directe en provenance de Rennes (40 min) et Paris (2h45)

Pour tout renseignement :

- Madame Marie Noëlle JULIEN, Présidente de la Commission Médicale d'Etablissement mn.julien@ch-stmalo.fr
- Madame Dominique RADUREAU, Directeur de la stratégie communautaire et des affaires médicales direction.hospital@ch-stmalo.fr
- Monsieur le Docteur Alexis DAMAMME, Chef du pôle Chirurgie Anesthésie a.damamme@ch-stmalo.fr
- Madame le Docteur Catherine LHOSTIS, Chef de service d'anesthésie c.lhostis@ch-stmalo.fr

HOPITAL JOSEPH DUCUING - TOULOUSE

Recherche CDI
Prise de fonction 1er trimestre 2012
2 MÉDECINS
ANESTHESISTES REANIMATEURS

Etablissement privé à but non lucratif ESPIC (établissement de santé privé d'intérêt collectif)
Hôpital général MCO - Centre ville (rive gauche)
Service d'urgences, lits UHCD, surveillance continue
Activité obstétrico-chirurgicale (2200 accouchements par an, gynécologie, chirurgie digestive, orthopédie, endoscopie, oncologie)
Médecine Interne et polyvalente
Unité de soins palliatifs et centre de consultation pour la prise en charge des douleurs chroniques rebelles

Une équipe de MAR est déjà en place sur l'activité :
→ de chirurgie générale / digestive et orthopédique / traumatologique
→ de maternité de niveau 1

Une unité de 4 lits de surveillance continue et un dépôt de sang d'urgence sont opérationnels.

Rémunération CCN FEHAP du 31 octobre 1951
(33 CA / 18 RTT / Repos de sécurité après garde sur place)

Adresser CV et candidatures à :
Monsieur Le Directeur ou au Président de la Commission Médicale d'Etablissement
HÔPITAL JOSEPH DUCUING – 15 rue Varsovie 31027 TOULOUSE CEDEX 3
Tél : 05 61 77 34 82 – Télécopie 05 61 59 81 22

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 COURT TERME

PERSONNES À CONTACTER :
Dr GOURC André : 02.69.61.80.00 (poste 7866), mail : a.gourc@chmayotte.fr
Mme MOUSILLAT Véronique : 02.69.61.80.00 (poste 5631), mail : v.mousillat@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 :
Rémunération contrat d'un an : salaire de base PHC 4e échelon +10 % + 40% majoration outre mer + indemnité de précarité).
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!

Recrute
UN ASSISTANT
en anesthésie -réanimation

Pour le 01/11/2011 ou le 01/05/2012
Poste dans le service de réanimation (18lits, 7 PH).

Hôpital référent de la Savoie ; Le plus important CH non universitaire de Rhône-Alpes avec un plateau technique complet. Une région attractive en toutes saisons

Renseignements et candidature :
Dr B.ZERR chef de service, tél: 04 79 96 61 52
E-mail: bernard.zerr@ch-chambery.fr

un MEDECIN ou Assistant en anesthésie

– L'équipe d'anesthésie est composée de **17,5 ETP** de médecins et de **2 internes**. — Avec environ **15000 actes** par an, l'activité d'anesthésie est variée : **orthopédie, viscéral, urologie, thoracique, spécialités chirurgicales** – Une maternité de **niveau 3** avec **3000 accouchements**.
– Un bloc ambulatoire dédié. – Il existe deux gardes sur place : • une garde au bloc central et aux soins continus • une garde à la maternité.

Renseignements et candidature :
Dr Carmagnac
Chef de service d'anesthésie
christian.carmagnac@chambery.fr
Tél: 04 79 68 40 77
Mme Zimmermann
Directrice des affaires médicales
dam@chambery.fr
Tél: 04 79 96 50 82



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 2011 :

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

ELECTIONS

COMMISSION STATUTAIRE NATIONALE

CONSEIL DE DISCIPLINE

Le scrutin aura lieu cette année
du 28 novembre au 19 décembre 2011

Point important, le vote se fera

Uniquement par voie électronique à distance par internet.

Les listes électorales seront publiées sur le site du Centre National de Gestion : www.cng.sante.fr, dans la rubrique « praticiens hospitaliers » à partir du 15 septembre

Vous aurez un délai de 7 jours pour toute réclamation.

Les listes de candidats ainsi que les professions de foi seront consultables sur le site du CNG dans la même rubrique, entre fin octobre et mi-novembre

Vous recevrez le matériel électoral par courrier postal personnel à la mi-novembre.

N'hésitez pas à nous contacter pour tout conseil pratique concernant ce scrutin.



SYNDICAT DES MEDECINS
ANESTHESISTES-REANIMATEURS
NON UNIVERSITAIRES

Le SMARNU qui défend les anesthésistes-réanimateurs des hôpitaux non universitaires depuis 40 ans cette année, présentera des candidats à ces deux élections dans le collège des praticiens hospitaliers, section anesthésie réanimation.

Ces élections doivent témoigner de la représentativité de notre mouvement.

Si vous voulez continuer d'être représentés et défendus par des praticiens de votre spécialité ayant les mêmes conditions d'exercice que vous.

Votez et faites voter pour les listes du SMARNU