

# LA LETTRE SYNDICALE DU

# SMARNU

N°51  
Juin 2011

- La certification des hôpitaux et ses implications pour l'anesthésie réanimation
- Temps de travail, révision de la DE 2003/88/CE
- Rapport Hénart
- Fatigue lors des gardes

**SMARNU**

SYNDICAT DES MEDECINS  
ANESTHESISTES-REANIMATEURS  
NON UNIVERSITAIRES

## Sommaire

> Mot du président	P01
> La certification des hôpitaux et ses implications pour l'anesthésie réanimation	P04
> Révision de la DE 2003 /88/CE Où en est-on ?	P08
> Rapport Hénart et article 51 de la loi HPST	P12
> Fatigue lors des gardes : kit de survie	P14
> Annonces de recrutement	P11, 16 à 20

**SMARNU, Syndicat des médecins anesthésistes réanimateurs non universitaire**

[www.smarnu.org](http://www.smarnu.org)

Contact : Docteur Denis CAZABAN | [denis.cazaban@wanadoo.fr](mailto: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](mailto: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.



## Mot du président



Vous avez entre les mains la nouvelle présentation de votre Lettre Syndicale du SMARNU, qui pour son 51<sup>ème</sup> numéro fait peau neuve. Plus qu'une simple revue d'information syndicale nous souhaitons trois à quatre fois par an établir un nouveau type d'échanges entre praticiens spécialisés en anesthésie réanimation. Nous vous invitons à nous proposer des sujets ou vos propres productions.

Nous sommes attachés au service public hospitalier et notre objectif est une véritable reconnaissance de notre spécialité. Spécialité structurante de l'hôpital public par sa place dans la prise en charge péri-opératoire des patients, dans les services de réanimation et la médecine pré-hospitalière, mais aussi par son rôle dans l'organisation des blocs opératoires et son intervention transversale dans de nombreux domaines, sa présence de jour comme de nuit dans la prise en charge des urgences chirurgicales. Les contraintes et responsabilités professionnelles que nous avons acceptées commencent enfin à être admises.

Notre processus de soins est reconnu mais doit être formalisé, en particulier financièrement. Nos avis professionnels sont moins marginalisés lors des choix stratégiques hospitaliers en fonction de notre place dans la gestion des risques. Notre position centrale dans la démarche de soins commence à être considérée, compte tenu de notre démarche dans la qualité des soins.

Certes nos soucis de la qualité et de la sécurité de nos soins passent encore aux yeux de certains désinvoltes pour des préoccupations superflues, et notre présence considérée par certains insolents comme relevant de l'infrastructure au même titre que l'alimentation électrique. Il est certain que ces comportements se font plus rares et sont condamnés par la communauté hospitalière ; mais ils doivent continuer d'être dénoncés. Lorsqu'un anesthésiste fuit un environnement hostile ou quitte un poste à cause d'une démographie annoncée depuis longtemps comme défavorable, c'est la démedicalisation et la gêne à l'accès aux soins qui l'emportent. **Ce 2 avril, la société toute entière se mettait en mouvement pour protester contre les dégradations de l'offre de soins. Nous participions à ce mouvement.**

Notre syndicat a un long passé historique. Le SMARNU depuis 40 ans se bat avec succès pour améliorer les conditions quotidiennes d'exercice, les rétributions de toutes sortes, la dignité de la fonction. Il le fait dans l'unité de la profession, et cette démarche unitaire doit rester une constante.

Mais historique doit rimer avec modernisme. En effet après avoir élu à sa présidence un jeune praticien, le syndicat fait le pari du renouvellement des générations : nous recrutons des cadres dynamiques et des délégués régionaux afin de participer activement aux débats locaux et nationaux, apporter des idées nouvelles, publier et correspondre. Stop à la morosité et aux longues plaintes entre collègues dans les couloirs ! Le collectif est possible : nous l'avons rencontré !

La dimension humaine de notre syndicat laisse la place à tous de s'exprimer et s'épanouir.

Notre action de fond, bien que parfois discrète, est bien réelle, constante et à tous les niveaux. Du conseil et de la défense en justice des praticiens à la présence dans les luttes et débats européens, en passant par l'échelon national et régional.





## Les nouvelles syndicales

Ces derniers mois ont été marqués par un certain nombre d'évènements, mais nous sommes bien conscients que sur le terrain nous vivons une altération sensible de nos conditions d'exercice.

### 1 - Les évolutions statutaires

Malgré des tentatives gouvernementales de rogner sur le statut de praticien hospitalier, ce dernier n'a pas été fondamentalement modifié. Le SMARNU est pour une évolution du statut de PH avec une véritable prise en compte des efforts de chacun et du temps de travail (notamment de nuit).

**Mais restons vigilants : ce statut doit être défendu !**

Rien ne remplace encore l'autonomie professionnelle qu'il garantit, les avantages et la sécurité de l'emploi qu'il procure.

Se surajoute maintenant le statut de « praticien sous contrat » (ex « clinicien hospitalier »). Même si ce contrat peut paraître financièrement attractif (plafond PH 13<sup>ème</sup> échelon et part variable pouvant atteindre 65% du salaire), il est extrêmement contraignant pour le praticien, ne comporte pas de rémunération spécifique des gardes ou astreintes, supprime les RTT, est soumis à des objectifs quantitatifs et qualitatifs et peut être interrompu à tout moment ! Ce contrat à durée déterminée assure très peu de protections en cas de maladie.

Les contrats doivent être présentés à l'ordre départemental des médecins avant toute signature afin de vérifier le respect de l'indépendance de la profession médicale, notamment en ce qui concerne les objectifs quantitatifs (objectifs quantitatifs inapplicables dans notre spécialité).

Ce contrat a donc les inconvénients du statut de PH sans pour autant en avoir les avantages, nous ignorons s'il fera bénéficier les praticiens d'une bonification s'ils s'engagent par la suite dans une carrière hospitalière.

Certes, l'aspect financier pourra peut-être en séduire certains mais l'intérêt offre bien plus de liberté. Nombre de confrères ont déjà choisi de se mettre à temps partiel pour pouvoir remplacer faute d'avoir obtenu une véritable reconnaissance locale de leur travail. Nous ne pensons pas que ce contrat soit une solution, mais nous sommes prêts à apporter conseil et soutien à ceux qui se laisseraient tenter.

### 2 - La permanence des soins et établissements de santé

Au titre de la CPH, le SMARNU était présent à une réunion qui s'est tenue le 9 mars concernant l'étude en cours sur la permanence des soins.

Nous sommes pour la transparence, mais une fois de plus cette étude se concentre sur un nombre d'actes, sans véritables critères qualitatifs, sans mesure du temps médical, sans contrôles sur la pertinence.

La DGOS met en place cette étude alors qu'un budget est déjà arbitrairement attribué aux établissements privés pour la permanence des soins (60 Millions d'euros sur une enveloppe de 760 M€).

La rémunération des confrères libéraux pour assurer la permanence des soins est sans commune mesure avec celle des praticiens du public (150€ pour les astreintes et 240€ pour les gardes plus le tarif des actes effectués).

**Nous demandons la réévaluation de la rémunération de la permanence des soins et la prise en compte de la pénibilité du travail de nuit dans le but de maintenir l'attractivité des carrières hospitalières.**

Une nouvelle fédération de syndicats médicaux a été mise en place dans un but de réflexion et représentativité en ce qui concerne la permanence des soins.

### 3 - Le rapprochement CPH/INPH

Face à la nécessité de clarifier le paysage syndical médical hospitalier, le SMARNU œuvre dans le but d'une plateforme commune CPH/INPH qui représenterait 80% des praticiens hospitaliers et dont la représentativité serait incontestable.

Nous sommes acteurs de ce rapprochement et le resterons à condition que l'intersyndicale soit respectueuse des revendications de tous. La CPH a d'ailleurs repris dans sa plateforme nos revendications concernant la permanence des soins.

Vous trouverez dans cette revue un certain nombre de sujets sur lesquels nous sommes particulièrement vigilants :

- le rapport Hénart qui concerne l'éventuelle création de nouveaux métiers intermédiaires médicaux sera analysé en détail dans un article de cette revue.
- la DE qui fixe notre temps de travail maximum hebdomadaire à 48h et le repos de sécurité est une fois de plus en question dans un rapport du Parlement Européen. C'est à l'automne que tout va se jouer, restons attentifs !

Le SMARNU ne compte pas se disperser à faire des politesses aux uns et aux autres. Nous nous concentrerons sur les actions susceptibles d'aboutir à de réels résultats. Nous n'accepterons plus les débats sans fins, des promesses ou des signatures qui aboutiront, peut-être, un jour à d'éventuelles actions. Nous n'allons pas faire de lobbying auprès de parlementaires muselés ou soumis à la discipline d'un parti. Nous attendons du concret et le concret ce sont les décrets. Que le gouvernement veuille ou non dialoguer, nous dresserons d'ici l'année prochaine un bilan objectif des actions gouvernementales par rapport aux médecins hospitaliers et au système public de santé.

Nous vous invitons à venir nous rencontrer au congrès du MAPAR (le vendredi 27 Mai Salle CD de 11h30 à 13H) et/ou à la journée du praticien (le 20 Mai à Paris, inscription gratuite, repas compris, infos sur le site <http://www.cphweb.info/>).

Si vous souhaitez adhérer au SMARNU, il vous en coûtera 110€, les jeunes praticiens bénéficient d'un tarif préférentiel à moitié prix (les cotisations syndicales faisant l'objet d'une réduction d'impôt, il vous en coûtera au final plus que 44 ou 22€). L'adhésion est ouverte à tous les médecins anesthésistes réanimateur des hôpitaux publics (CHG, CHR ou CHU).

Soucieux d'utiliser votre argent à bon escient, les comptes du SMARNU font l'objet d'un compte rendu annuel à l'AG du syndicat lors du congrès de la SFAR.

Outre les conseils que nous pouvons vous donner, nous sommes prêts à vous assister juridiquement ou intervenir directement si cela devait s'avérer nécessaire.

**Dr ANDRIAMIFIDY Louison**  
CH Salon de Provence  
Président du SMARNU

**Bulletin  
d'adhésion  
disponible à la  
fin de la revue**

## La certification des hôpitaux et ses implications pour l'anesthésie réanimation (vigilance juin 2010)

D'abord appelée « accréditation des établissements de santé », la version 1 (V1) portait sur la mise en place de la démarche qualité dans les hôpitaux et le respect de la réglementation ; au travers des vigilances, elle ébauchait déjà la notion de gestion des risques.

Dans sa version 2 ou « certification », elle associe les médecins à la démarche de certification grâce à l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) et renforce la notion de gestion des risques en coordonnant les vigilances et en imposant les revues morbidité mortalité (RMM) aux services de réanimation.

Enfin dans la dernière version de la certification des établissements de santé, la V 2010 renforce encore l'amélioration de la qualité des soins en demandant le développement des EPP dans l'ensemble des secteurs d'activité. La gestion des risques n'est pas oubliée non plus puisqu'elle devient un des éléments du système de pilotage des établissements, elle fait partie des pratiques exigibles prioritaires (PEP).

Au nombre de 13, ces PEP sont introduites dans la certification, leur niveau d'exigence est majoré et toutes les PEP sont investiguées par les Experts Visiteurs (EV) lors des visites des établissements. Les RMM sont étendues à tous les secteurs de chirurgie et d'anesthésie.

L'autre nouvel élément de la V2010 est le suivi d'indicateurs et la tenue du dossier d'anesthésie fait partie des indicateurs nationaux généralisés suivis par la HAS.

### Les RMM

Méthode d'EPP proposée par la Haute Autorité de Santé, centrée sur la gestion des risques, la mise en place des RMM est imposée aux services de réanimation dès la V2 et depuis la troisième itération de la certification, la V 2010 des établissements de santé (débutée depuis janvier 2010), elle est généralisée aux services d'anesthésie et de chirurgie. Les services d'urgence entrent à leur tour dans la démarche.

**D'abord vécue comme une contrainte supplémentaire,**

**ces revues sont rentrées dans le quotidien des services de réanimation.**

Une enquête en cours lancée par le CFAR et la SRLF a pour but d'évaluer la mise en place et les organisations choisies pour ces réunions. Mettre les équipes autour d'une table pour prendre le temps de réfléchir et d'analyser à périodicité régulière les causes des décès et des événements indésirables en s'interrogeant sur leur évitabilité devenait quelque chose de formalisé avec une méthode et une organisation cadrées, allant bien au delà des revues de mortalité qu'avaient déjà pu mettre en place certains services de réanimation. Quelques années après nous constatons que même si au démarrage c'était essentiellement les médecins anesthésistes réanimateurs (MAR) qui participaient à ces revues, progressivement cadres et IDE des services de réanimation sont associés à ces réunions ainsi que les autres acteurs ayant pu intervenir en amont de la prise en charge en réanimation : médecins urgentistes, chirurgiens...

Apprendre à se parler et à réfléchir ensemble a permis de décloisonner et de mettre en place des protocoles et des organisations pour améliorer la prise en charge des patients et diminuer ainsi les risques liés aux soins. Ces RMM doivent aller jusqu'à l'évaluation des actions d'amélioration mises en place. Malgré les pannes du dispositif de validation de l'EPP, liées à la mise en application du dispositif du développement professionnel continu (DPC), les RMM continuent

dans les services de réanimation. L'organisation de RMM sur les secteurs d'anesthésie de chirurgie est en cours et l'on peut s'interroger sur la manière dont elles vont se mettre en place pour associer les chirurgiens aux RMM d'anesthésie et les MAR aux RMM de chirurgie, sans quoi ces RMM seraient vidées de leur sens. Les interférences entre ces équipes sont encore consolidées par la mise en place de la check-list du patient au bloc opératoire dont l'un des

objectifs est l'amélioration de la communication entre équipes chirurgicales et d'anesthésie. IBODE et IADE devront aussi participer à ces réunions. Aujourd'hui 82 démarches de validation par le CFAR sont engagées sur le thème des RMM, cela est peu mais d'autres systèmes de validation sont possibles par le biais des URML ou des CME et dont le CFAR n'a pas connaissance.

### Les indicateurs généralisés nationaux

La tenue du dossier d'anesthésie est un de ces indicateurs, sa généralisation est en place depuis 2008 portant sur les dossiers 2007 et la communication de ces résultats sera réalisée cette année à partir de dossiers 2009, le recueil ayant été réalisé fin 2009 début 2010, les résultats définitifs sont en cours de validation.

Le référentiel ayant servi à la rédaction des grilles d'audit par le groupe COMPAQH de l'INSERM est celui du groupe de travail CFAR/SFAR. L'indicateur qui en a découlé est un indicateur composite où éléments administratifs et cliniques pèsent le même poids. Sur le plan méthodologique de la réalisation de l'audit des dossiers d'anesthésie, l'implication des médecins anesthésistes réanimateurs n'a pas toujours été recherchée par les établissements ayant participé à la mesure de cet indicateur, compromettant ainsi la mise en œuvre des actions d'amélioration. Par ailleurs le thème dossier patient en anesthésie est le thème d'audit le plus choisi dans la démarche de validation de l'EPP individuelle par le CFAR. Le contenu de la grille d'audit dossier patient est en cours de réévaluation par le CFAR.

### Les évaluations des pratiques professionnelles (EPP)

Normalement obligatoire depuis le décret du 14/05/2005, à renouveler tous les 5 ans, le système de validation reposait sur un enregistrement par des structures régionales qui n'ont jamais vu le jour et depuis le dispositif est en panne ; la mise en place du DPC devrait sortir les EPP de l'impasse. Pour l'instant, les médecins habilités du secteur libéral (URML) et les médecins experts extérieurs (CME) continuent à valider les démarches individuelles d'EPP, lesquelles pourront être prises en compte dans le nouveau DPC. La plupart de ces EPP sont effectuées dans le cadre de l'accréditation des médecins exerçant une activité à risque ou de la certification des établissements de santé. Obligatoires depuis la V 2, le cahier des charges des EPP de la V 2010 demande la mise en place d'EPP dans tous les secteurs d'activité, et fait de la « politique et organisation de l'évaluation des Pratiques professionnelles » la première des 13 PEP. L'engagement des MAR dans les RMM, et/ou dans le suivi d'indicateurs avec mise en place d'actions vaut EPP. Sans la certification des établissements de santé, il est probable qu'il n'y aurait plus d'EPP, la plupart des 469 personnes engagées dans une action d'EPP au niveau du CFAR, le sont avec des EPP développées dans la certification des établissements de santé.

## Les autres PEP

Souvent transversales, toutes ne touchent pas directement les MAR mais nombre d'entre eux sont impliqués dans « la prise en charge de la douleur », « la prise en charge des urgences et des soins non programmés » ainsi que dans « la maîtrise du risque infectieux » ou « la gestion des risques », et c'est depuis longtemps que certains d'entre nous sont engagés dans les vigilances.

La dernière PEP est « l'organisation du bloc opératoire », critère 26 a du manuel de certification ; elle demande que soient formalisés les organisations, les circuits, les responsables, la traçabilité des dispositifs médicaux, la maintenance des appareils utilisés au bloc opératoire. Toutes ces mesures vont dans le même sens que le décret d'anesthésie ou la check-list d'ouverture des salles d'opérations déjà mises en place par les anesthésistes.

Enfin la check-list du patient au bloc opératoire (CLPBO) doit être mise en œuvre dans tous les blocs opératoires ; elle fait déjà partie des critères explorés lors des visites par les experts. Sa version française (à partir de la check-list de l'OMS) a été élaborée sous la tutelle de la HAS au mois de juin 2009 par des représentants de la SFAR, du

CFAR, des différentes sociétés savantes chirurgicales ainsi que des IBODE et des IADE. Elle renforce la communication et l'anticipation des risques liés à l'acte chirurgical et à l'acte d'anesthésie. La prévention du risque infectieux par l'antibioprophylaxie est aussi prise en considération. Sa mise en place depuis début janvier 2010 n'a pas encore permis sa généralisation à tous les secteurs opératoires de tous les établissements de santé. Quelques établissements ont pu évaluer cette check-list mais son installation est trop récente en France pour appréhender son impact sur la mortalité et la morbidité péri opératoire. Dans les pays anglophones où elle a été en place depuis plus longtemps, elle a montré un impact bénéfique tant sur la mortalité que sur la morbidité péri opératoires, notamment dans les infections du site opératoire et dans le nombre d'interventions non programmées. Ce bénéfice est mis en évidence aussi bien pour les pays à faible niveau de développement et à un degré moindre pour les pays à haut niveau de développement. Un groupe de travail SFAR/CFAR est chargé de proposer une action d'EPP réalisée à partir de l'évaluation de cette CLPBO et dont la volonté est d'aller au delà du taux d'exhaustivité pour toutes les interventions et de la complétude de la saisie des différents items.

## Accréditation des professions exerçant une activité à risque

De caractère volontaire et individuel, avec une périodicité de 4 ans elle est officialisée en juillet 2006 pour les spécialités à risques. Elle est aussi prise en compte dans le critère 8.a « programme d'amélioration de la qualité et de sécurité des soins ». Concernant l'anesthésie réanimation, 1675 MAR sont engagés dans l'accréditation au CFAR ; il s'agit majoritairement d'anesthésistes libéraux dont l'engagement dans l'accréditation permet une réduction de la prime de responsabilité civile professionnelle. Le programme d'accréditation de la spécialité comporte la déclaration annuelle d'un événement porteur de risque (EPR), la participation à un programme d'EPP et à des actions de FMC centrées sur la gestion des risques. Une réflexion est engagée par la HAS pour promouvoir une démarche d'accréditation par équipe et favoriser une plus grande implication des MAR du secteur public. La certification des établissements de santé pourrait en être le levier.

## En conclusion

Bien souvent certaines actions, même si elles ne portaient pas le même intitulé que dans les référentiels HAS, avaient été développées par les médecins anesthésistes réanimateurs de manière antérieure à la certification des établissements de santé notamment pour les staffs systématisés avec revue de bibliographie ou les revues de mortalité des services de réanimation.

Nous constatons que les objectifs de la HAS au travers de la certification des établissements de santé sont les mêmes que ceux de la SFAR et du CFAR en la sécurisation de la prise en charge du patient, et pour nous plus particulièrement dans sa période péri opératoire.

Les moyens pour y parvenir sont différents, ceux de la HAS reposent sur des niveaux d'exigences imposés aux établissements de santé et les nôtres font appel à l'engagement des professionnels dans le développement professionnel continu qui englobe EPP, FMC et accréditation.

**Pierre PERUCHO**

Médecin anesthésiste référent EPP au Centre hospitalier de Perpignan  
Médecin expert visiteur de la HAS  
Médecin expert extérieur de la HAS

## Références

- 01- Manuel de certification\* (ex-accréditation) des établissements de santé - Première procédure de certification (V1) – Actualisation.
- 02- Manuel de certification\* (ex-accréditation) des établissements de santé - Deuxième procédure de certification (V2)
- 03- Manuel de certification\* (ex-accréditation) des établissements de santé - Deuxième procédure de certification (V2007)
- 04- Manuel de certification des établissements de santé (V 2010)
- 05- Décret d'anesthésie du 05/12/1994
- 06- Qualhas, IPAQH de la HAS (site de la HAS)
- 07- Bilan d'activité du CFAR
- 08- Check-list sécurité patient bloc opératoire version 01-2010(site de la HAS)
- 09- Check-list : revue de bibliographie(site de la HAS)
- 10- Décret du 14/04/2005
- 11- Décret du 23 /07/2006



## Révision de la DE 2003/88/CE : Où en est-on ? (29 mars 2011)

Le temps de travail de tous les salariés fait l'objet d'une directive européenne depuis 1993, dont le but est de fixer des prescriptions minimales de sécurité et santé dans le cadre de l'aménagement du temps de travail, et le souci celui de protéger le bien-être physique, mental et familial du travailleur.

La première directive 93/104/CE, adoptée en 1993, a été modifiée en 2000 par la directive 2000/34/CE. Les deux textes ont été rassemblés dans une directive consolidée 2003/88/CE, objet, pour la deuxième fois, d'un souci de révision prévu pour cet automne. Tous les cinq ans, les États membres et la Commission européenne rédigent un rapport sur la mise en œuvre pratique de la directive. Le rapport rédigé en décembre 2010, après celui de 2005, montre d'énormes disparités dans l'application des principes de la DE, conséquences des transpositions pour le moins inégales de ces principes dans les législations nationales.

Il est vrai que l'organisation des systèmes de santé reste de la responsabilité propre des 27 États membres (« principe de subsidiarité »), que de nouvelles modalités

d'organisation du travail se sont développées (extension du temps partiel, de l'intérim, des contrats multiples d'emploi simultané, etc.), que les crises financière puis économique ont durement frappé certains États, et singulièrement leurs comptes publics. Ces États se trouvent être ceux qui respectent le moins l'esprit et la lettre de la DE 2003 (P.I.G.S.).

Ces trois facteurs déstabilisant l'application de la DE, il apparaît pour nous capital de réaffirmer les éléments essentiels de la DE, de s'y accrocher comme à des dogmes, et de les inscrire dans la Constitution européenne, d'ailleurs encore non ratifiée par l'ensemble des États membres.

### Ces éléments essentiels, inscrits dans la DE et renforcés par des décisions de la Cour de Justice Européenne (CJE) sont :

1) durée maximale de travail hebdomadaire de 48h, heures sup incluses, avec une période de référence de 4 mois (art-16, sauf dérogation-art 17) ;

2) période de repos de 11 h par période de 24 h, à prendre "immédiatement" (art 17 §2 + arrêt Jaeger §94-CJE) après une période de travail de 24 h ;

3) toute période de permanence sur le lieu de travail ("garde") est à considérer entièrement comme étant du travail (arrêt SIMAP + arrêt Jaeger-CJE).

Ces 3 « commandements » sont tempérés par l'opt-out, ou dérogation à la durée maximale de travail, à mettre en place sur demande de l'État à la Commission, qui permet de dépasser le maximum des 48h sous condition de l'accord de l'intéressé et d'un suivi administratif centralisé de la procédure.

Toujours remis en cause par la Commission elle-même, ces principes ont été réaffirmés par le Parlement européen (PE) en décembre 2008. **En avril 2009, le PE et la Commission n'ont pu parvenir à un compromis sur 3 aspects de la DE : opt-out, temps de garde, contrats multiples. C'était la première fois que des négociations échouaient au stade de la conciliation depuis l'entrée en vigueur du Traité d'Amsterdam qui a significativement étendu la portée de la procédure de codécision.**

## La DE 2003/88/CE a donc été reconduite, mais était-ce une victoire définitive ?

Les revendications des nouveaux membres de l'Union en matière de libéralisation du temps de travail (pays de l'Est de l'Europe) s'ajoutant à celles des P.I.G.S., et de flexibilisation du marché du travail sont réclamées menaçant de faire exploser les normes de la DE, vécue par eux comme un carcan (1).

Le 23 décembre 2010 est donc publié par la Commission européenne, un bilan de l'application de la DE (2), qui montre que 9 points cruciaux subissent dans les droits nationaux tous types de refus ou de non application, de contournements, de détournements ou de clauses restrictives excessives : limitation du temps de travail, temps de garde, repos « compensateur », champ d'application, travail de nuit, congés annuels, et jusqu'à l'opt-out maintenant « pratiqué » par 16/27 États membres alors que seule la Grande-Bretagne l'avait adopté en 2000.

Pour la France et en se limitant au temps de travail des Médecins Hospitaliers (MH) : temps de travail dépassant les 48 h sans recours à l'opt-out, introduction du temps de garde « équivalent » (intermédiaire entre actif et inactif ; et nous le savons par le biais de

la durée variable de jour et de nuit de la « demi-journée »), pas de norme juridiquement contraignante de la prise du repos « compensateur » de durée équivalente à la sortie d'une garde ; application de l'opt-out (TTA) totalement illégale (accord de l'intéressé rarement demandé ; pas de pilotage régional du TTA).

**Mais voici d'autres « perles » :** temps de travail (sans opt-out) des MH en Autriche de 60 h et de 72 h, en Hongrie si accord, 72 h et plus ; périodes de référence de 12 mois en Allemagne (si convention collective), Espagne et en Pologne ; temps de garde non inclus dans le temps de travail en Irlande et en Espagne ; temps inactif en Grèce et au Danemark ; pas de repos « compensateur » en Grèce et en Autriche ou dérogations à une durée équivalente en Lettonie, Hongrie, Roumanie, Portugal ; travail de nuit même pas défini en Irlande, Lettonie, Estonie, Roumanie, etc.

La commission tout en maintenant des propos lénifiants sur la préservation de la santé des « travailleurs », urgeait donc les « partenaires » à soumettre leurs propositions pour une modification de la DE 2003, et ce pour le 31 mars 2011. Mais bien sûr dans le sens d'une clarification de « l'interprétation de certaines dispositions en tenant compte de la jurisprudence, de l'expérience des États

membres dans son application et des avis des partenaires sociaux ».

### Toujours les 3 mêmes points en débat :

1) temps de travail sans opt-out, ou avec opt-out (et alors durée maximale totale), et période de référence à allonger

2) garde : temps actif/inactif ou introduction de la notion d'équivalence (sous cotation des heures de nuit)

3 ) repos « compensateur » : immédiatement, ou ultérieurement (pourquoi pas un dimanche !)

La question que pose encore une fois la Commission est connue de tous : faut-il imposer toute la DE, ou la modifier dans le sens de l'extension des dérogations, de leur légitimisation (prétexte : crise, modifications de la structure de l'emploi, etc.) ?

Vu les antécédents de cette institution, il est fort à craindre que son avis soit également connu de tous, et, depuis les dernières élections au PE, la majorité n'est plus celle de 2008...

Déjà les MH slovènes, sentant le vent tourner, avaient appelé le 9 octobre 2010 à une grève de 8 jours des heures>48; maintenant les MH hongrois appellent à une euro-manif à Budapest ce 9 avril.

Les Fédérations Européennes de syndicats et d'Associations de Médecins se devaient donc de réagir. Avec la Fédération Européenne des Médecins Salariés (F.E.M.S.) et sous l'impulsion unifiante de son Président, Dr Claude Wetzel, elles se sont clairement prononcé le 28 mars 2011 contre le temps inactif de garde, le report du temps "compensateur", et même formellement contre l'opt-out, qui au pire doit rester tel quel (3). Le SMARNU, membre de la F.E.M.S., soutient les mêmes positions et refuse aussi certains points non évoqués par le corpus réglementaire européen et qui s'infiltrant dans le débat : décote des heures de nuit (« principe d'équivalence »); opt-out non maîtrisé (« no-limit opt-out »); temps de travail maximal par travailleur (au contraire de « par contrat ») connaissant la floraison récente des contrats en tout genre, même dans les Hôpitaux Publics français. D'autres déviations apparaîtront. Il faudra rester vigilant, et se préparer pour bientôt à une grande mobilisation si besoin est. La Commission Européenne rendra sa copie dans l'automne !

**Docteur James Brodeur (CH Jacques Cœur, Bourges)**  
Représentant du SMARNU à la FEMS

(1) [http://www.smarnu.org/images/para/COMM\\_Review\\_Working\\_Time\\_FR.pdf](http://www.smarnu.org/images/para/COMM_Review_Working_Time_FR.pdf)  
(2) <http://www.smarnu.org/document/dett-rapport-2010.pdf>  
(3) [http://www.smarnu.org/document/emo-response-second-phase-consultation\\_process.pdf](http://www.smarnu.org/document/emo-response-second-phase-consultation_process.pdf)



Nombre total de lits : 819  
(Préfecture de 55 000 habitants  
située à 1 h 30 de la Côte  
Normande  
et 2 h de Paris, secteur sanitaire  
170 000 h)

**URGENT**

## CENTRE HOSPITALIER INTERCOMMUNAL ALENCON – MAMERS

**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.

Le service est une réanimation polyvalente avec validation pour les internes d'A.R. et du DESC d'urgence. Il y a 8 lits de réa et 4 d'usc. Le SROS prévoit 12 lits de réa et 6 d'usc.

Le CHIC Alençon – Mamers est siège du SAMU 61 et possède un hélicoptère.

Le nombre de passages aux Urgences est de 32 000/an.

La Chirurgie comprend toutes les spécialités sauf la neuro-chirurgie avec 6 500 interventions par an.

La Médecine réunit les services de Pneumologie, Cardiologie, Neurologie, Gastro-entérologie, Diabète-endocrinologie, Dermatologie et toute la filière Cancérologie.

Les services sont regroupés en 6 pôles : Médecine, Chirurgie-Anesthésie, Cardio-Réa-Urgences-Samu-Smur, Gériatrie, Femme-Mère-enfants, Prestataires.

**Pour la Réa, prise en charge de toutes les pathologies. Service de recours au niveau du département.**

Pour tous renseignements, contacter :  
Mr le Docteur MEROUANI  
Président de la CME, Tél : 02.33.32.30.45

Adresser candidature écrite et curriculum vitae à :  
Monsieur le Directeur du C.H.I.C. Alençon-Mamers  
25, rue de Fresnay BP 354 - 61014 - ALENCON Cedex  
adresse messagerie : direction@ch-alencon.fr

DIRECTION DES RESSOURCES HUMAINES  
Secrétariat 02.33.32.30.02  
Fax : 02.33.32.31.46 – mail : drh@ch-alencon.fr

## Centre Hospitalier de Calais

Recrute, dans la perspective du nouvel hôpital  
**2 Anesthésistes – Réanimateurs (H/F), temps plein**

**Pour son service de Réanimation Polyvalente**

- 10 lits de Réanimation Polyvalente
- 6 lits en Unité de Surveillance Continue.
- Augmentation de la capacité de 15 lits supplémentaires dans le nouvel établissement.

**Pour son service d'Anesthésie et Réanimation chirurgicale**

- Equipe de 8 médecins anesthésistes, 1 cadre et 13 IADE.
- Activité du service se répartissant entre le bloc chirurgical, l'Unité centralisée d'endoscopie et la Maternité de niveau 3.
- 7500 interventions sous anesthésie en moyenne par an, 7000 consultations environ.

### Le Centre Hospitalier de Calais,

→ C'est une activité développée sur 867 lits et places, 37 399 entrées, 68 851 consultations externes, 2200 accouchements, 5870 actes opératoires, et un plateau technique performant (2 IRM, 2 scanner).

→ Le Centre hospitalier de Calais, c'est surtout un hôpital neuf, en cours de construction et dont l'ouverture est prévue pour l'été 2012.

Carrefour européen (30 min de Lille et 1h30 de Paris en TGV, 1h30 de Londres en Eurostar, 2h de Bruxelles par la route), la ville de Calais, située en bord de mer, est, avec ses 80 000 habitants, la 4<sup>ème</sup> ville de la Région Nord-Pas de Calais.



**Pour tout renseignement, vous pouvez joindre :**  
**Dr Hervé PENEAU**, Chef de service de Réanimation Polyvalente,  
Président de la CME : 03 21 46 33 13

**Dr Jacqueline PENEAU**, Chef de service d'Anesthésie et Réanimation chirurgicale : 03 21 46 33 01

**Claire SIMONIN**, Directeur des Affaires Médicales : 03 21 46 34 38

**Candidature à adresser au :**  
Directeur du Centre Hospitalier de Calais  
11, quai du commerce – BP 339  
62107 CALAIS cedex

## Rapport Hénart et article 51 de la loi HPST

### « Nouveaux métiers et coopérations entre professionnels de santé » Conséquences sur la pratique de l'anesthésie.

Ce rapport publié récemment a pour but de faire des propositions pour « mettre en place une politique modernisée des ressources humaines en santé ». Ceci en créant des professions de santé de niveau intermédiaire, par une méthode rigoureuse de validation et en intégrant nécessairement ces formations à l'enseignement supérieur. Nous en faisons l'analyse uniquement du point de vue des conséquences éventuelles sur les professionnels de l'anesthésie.

Synthétiquement ce rapport fait en première partie un état des lieux avec un descriptif des professions et des métiers de la santé, leurs systèmes de formation et de qualification, le problème de l'intégration de ces formations dans le système LMD (Licence, Master, Doctorat) et les modes d'exercice et de rémunération. Il met en exergue selon lui le fait que : « les professions et les professionnels de la santé sont soumis à un système rigide et cloisonné ». Ce rapport décrit ensuite l'environnement

actuel en mouvement avec les attentes et les besoins à satisfaire. Il insiste sur la possibilité grâce aux nouvelles dispositions législatives, ici essentiellement l'article 51 de la loi HPST, la possibilité de définir des coopérations entre professionnels de santé, ce qui va correspondre en pratique à faire réaliser des tâches médicales par des paramédicaux.

#### Article 51 : Coopération entre les professionnels de santé :

Les professionnels de santé peuvent, à leur initiative, s'engager dans une démarche de coopération ayant pour objet de transférer entre eux, des activités ou des actes de soins ou de réorganiser leurs modes d'intervention auprès des patients. Plusieurs conditions sont requises:

- Une mise en œuvre dans le cadre de protocoles
- l'information du patient
- la vérification par l'Agence Régionale de Santé que ces protocoles répondent à un besoin de santé publique
- la transmission par l'ARS de ces protocoles à la Haute Autorité de Santé. Ces protocoles doivent préciser l'objet et la nature de la coopération, notamment les disciplines ou les pathologies, le lieu et le champ des interventions des professionnels de santé concernés.
- l'autorisation de la mise en œuvre de ces protocoles par arrêté du Directeur Général de l'ARS après avis conforme de la HAS.

#### Les propositions du rapport :

Le rapport souhaite imposer la démarche métier, qui procède du raisonnement suivant :  
Besoins - activités - compétences - métier  
formation - diplôme.  
C'est à dire penser le métier à partir d'un référentiel d'activité, des besoins en compétences et des besoins de la population, et en déduire les référentiels de formation et les diplômes. Ces métiers seront construits à partir des métiers d'aujourd'hui, pas redondants avec un autre métier.  
Ils devront correspondre à un mode d'exercice professionnel et des responsabilités identifiées. Et surtout ils auront vocation à constituer à terme des professions médicales.

Cela aboutit pour les rapporteurs à envisager l'émergence d'un métier « d'assistant pour la chirurgie » !? à partir des métiers déjà présents dans les blocs opératoires, en particulier les IBODE et les professionnels de la CEC ; de plus dans une interview à la revue OXYMAG M. Hénart veut étendre leur activité à celle d'IADE et à la réalisation de certains gestes chirurgicaux. Alors que dans des rapports précédents on pouvait craindre un morcellement des fonctions ceci facilité par les processus de coopération possible dans le cadre de HPST, on nous fait miroiter une profession fourre-tout, avec les risques de niveau de compétence

que cela implique, de concurrence avec les métiers existants, d'intégration hiérarchique et de responsabilité opérationnelle et surtout de responsabilité médico-légale. Car pour nous s'inscrire dans une démarche métier donc partir des besoins de la population en compétence d'anesthésie, c'est l'histoire de nos métiers. La spécialité de MAR comme le métier d'IADE se sont développés selon ce schéma. C'est un des éléments qui ont permis l'amélioration de la sécurité des patients et de la qualité de leur prise en charge.

Nous réaffirmons donc le caractère médical des actes d'anesthésie qui

ne peuvent être pratiqués par des médecins anesthésistes assistés par des infirmiers anesthésistes qui doivent en conserver l'exclusivité de compétence.

C'est pourquoi nous exigeons d'être consultés pour toute démarche locale ou générale tendant à modifier la pratique de l'anesthésie ceci bien sur en concertation avec les professionnels de l'anesthésie, syndicats professionnels et société savantes.

**Dr Denis Cazaban**  
Montfermeil



## La fatigue lors de la garde : kit de survie

La performance professionnelle, qui est fondée sur la vigilance, a tendance à se dégrader à cause de la fatigue. La fatigue altère la performance physiologique, psychologique et sociale, ce qui peut entraîner un risque accru d'erreur. Selon Dawson et Reid (Nature, 1997), après 17 heures d'éveil, les performances d'un sujet sont équivalentes à celles d'une personne qui a une concentration d'alcool dans le sang de 0,5g/L et après 22 heures d'éveil, de 0,8g/L. Smith-Coggins R et col, (Ann Emerg med., 2006) ont montré, au

cours d'un trajet simulé par ordinateur de 30 minutes en voiture, qu'après 12 heures de PdS aux urgences, la voiture sortait de la route près de 10 % du temps et que sa trajectoire devait être rectifiée rapidement par l'ordinateur.

Donc, la performance professionnelle au cours d'une période de permanence des soins de 24h ou d'une période de PdS de 14h faisant suite à une période d'« obligations de service » de 8h va en déclinant. Et ce dès la 12ème heure !

La prise en compte de la « pénibilité » au travail relève donc d'abord de mesures propres à mieux la limiter et non pas de mesures propres à la compenser (voire à mieux la rémunérer !). Pourquoi un tel renversement de tendance ? Parce que nous sommes avant tout attachés à la qualité du travail et à la prévention du risque qu'à un avantage honteux de type salarial ou de droit préférentiel à une retraite anticipée, réelle ou déguisée, qui serait propre à cautionner la fatigue professionnelle.

En attendant la traduction dans le statut de PH des textes récents et moins récents (Décret n° 2011-354 du 30 mars 2011 relatif à la définition des facteurs de risques professionnels et Article L3122-29 et suivants du code du travail) sur cette pénibilité par le ministère (chiche !), il faut donc penser à sa propre survie en milieu hostile.

Dans une revue récente sur la fatigue et de la performance en anesthésie, publiée par les conférences anesthésiques on-line de l'Université McGill de Montréal (<http://www.anesthesiologieconferences.ca/crus/122-050%20French.pdf>), David Bracco (Associate Professor, Department of Anesthesia Montreal

General Hospital, a édité et argumenté un guide survie pendant le « quart » (« garde » en France) que nous portons en urgence dans nos recommandations de défense physiologique éditées dans notre Livre Blanc (programme du SMARNU). Il fait une grande part à la sieste,

de préférence au café et au Modafinil. Le tableau ci-dessous doit être considéré comme une arme syndicale pour défendre le praticien en milieu hostile, et attendre mieux (le respect d'une limite totale horaire de travail d'affilée de 12 h ou 17 h par exemple).

A appliquer tout de suite, en le faisant connaître aux COPS et aux Services « de santé au travail ». A qui on dit « merci » pour la légitimisation de la sieste ? Au SMARNU bien sûr !

### Avant la garde

- La chambre est un lieu pour dormir uniquement
- Stimuli extérieurs minimes ou nuls pendant le repos (par ex, répondeurs téléphoniques)
- Si vous commencez un quart de nuit ou une série de quarts de nuit, reposez-vous avant (par ex., sieste de 2 heures l'après-midi)
- Faites une activité qui vous détend et non liée à votre travail

### Pendant la garde

- Soyez attentif aux signes de fatigue, tels que les bâillements, l'absence d'interactions et l'absence de réaction aux signaux de faible acuité
- Augmentez votre vigilance pendant la vision tunnel entre 02 h et 06 h
  - Prévoyez des pauses régulières
  - Sieste de 10 minutes
- Interagissez socialement pendant les phases de fatigue critique, faites le tour de la salle d'opération
- Un éclairage vif peut maximiser la vigilance et améliorer la fonction cognitive
- Assurez-vous que la température et la ventilation soient appropriées
- Mangez des repas nutritifs et sains et adoptez un horaire de repas régulier; évitez l'alimentation fractionnée et continue

### Après un quart de travail prolongé/de nuit

- Si vous vous sentez épuisé, faites une sieste avant de prendre le volant
- Allez dormir dès que vous arrivez chez vous
- Après une série de quarts de nuit, essayez de reprendre rapidement vos activités diurnes normales

# Annoces de recrutement

## 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 orthopédiste.**

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/MONTEILIMAR/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 correspondront 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'hémodiafiltration.

**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 péridurale.

### 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)



au cœur de vos ambitions...

### LE CENTRE CHIRURGICAL MARIE LANNELONGUE

Centre Hospitalier Privé à but non lucratif participant au Service Public, hautement spécialisé dans le traitement des pathologies THORACIQUES et CARDIO-VASCULAIRES

recherche h/f :

**Médecin Anesthésiste Réanimateur**

### Temps plein

**Au sein d'une équipe de 16 médecins et 14 IADES.**

- **Activité de chirurgie thoracique, chirurgie cardiaque et vasculaire, chirurgie des cardiopathies congénitales, radiologie et cardiologie interventionnelle.**
- **Planning attractif, formation assurée.**

Adresser lettre de motivation et C.V. au :

**Centre Chirurgical MARIE LANNELONGUE**  
**M. le Dr Pierre VIARD**

133 avenue de la Résistance

92350 Le Plessis Robinson

Tél : **01.40.94.86.76**

E-mail : **p.viard@ccml.fr**

Site internet : **www.ccml.fr**



Marie Lannelongue  
CENTRE CHIRURGICAL

prbcom.fr

## Le Centre Hospitalier de BEAUVAIS (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

→ **Dr Isabelle DUFRESNE** Chef du service d'Anesthésie

Tel : 03 44 11 30 29 i.dufresne@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

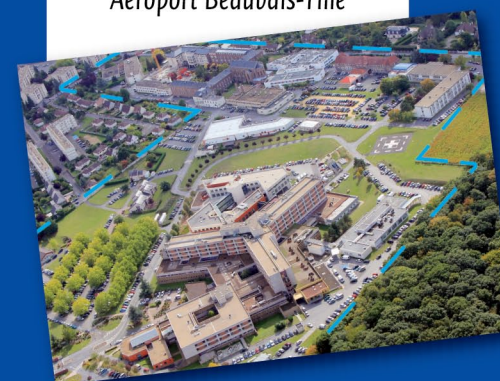
### Candidature et CV à adresser à

**Monsieur le Directeur**

Centre Hospitalier de Beauvais

Avenue Léon Blum BP 40319

60021 Beauvais Cedex



## CENTRE HOSPITALIER INTERCOMMUNAL ANNEMASSE-BONNEVILLE (Haute-Savoie)



Dans le cadre de l'ouverture, prévue en début d'année 2012, de son nouvel hôpital d'une capacité de 445 lits, avec des équipements techniques performants, un projet médical affichant des objectifs ambitieux pour répondre à l'offre de soins du territoire Haute Savoie Nord, situé à proximité de la métropole genevoise, de son aéroport international, à 150 km de Lyon et de Grenoble, à 4 h de Paris par le TGV, dans une région au fort potentiel touristique, sportif et culturel (sports d'hiver, nautiques, randonnées...)

### RECRUTE UN ANESTHESISTE REANIMATEUR TEMPS PLEIN

Pour compléter une équipe de 13 ETP

Service de 8 lits de réa. + 4 lits de soins continus

Garde séparée en anesthésie et réanimation

Temps médical continu

Urgences et SMUR gérés par les médecins urgentistes

**Renseignements :** Dr ROTH : 04 50 87 40 72

croth@chi-annemasse-bonneville.fr

Dr FIGUET : 04 50 87 40 37

sfiguet@chi-annemasse-bonneville.fr

**Candidatures :** P.Gonin - Directeur des Affaires Médicales

pgonin@chi-annemasse-bonneville.fr

CHIAB - B.P. 525 - 74107 ANNEMASSE Cedex

Tél : 04 50 87 46 07 - Fax : 04 50 87 40 43

## LE CENTRE HOSPITALIER DE SAINT-BRIEUC COTES D'ARMOR (22) - BORD DE MER

Communauté d'agglomération de 115 000 habitants - PARIS : 3h TGV et 4 h Route

### RECRUTE UN ANESTHESISTE TEMPS PLEIN (Statut à définir) Pour ses Services d'Anesthésie

HOPITAL DE REFERENCE DU TERRITOIRE DE SANTE N°7

& 3ème Etablissement de santé breton par son activité

Données 2009 :

787 lits et places MCO - 40 lits SSR - 484 lits et places d'EHPAD - 66 152 séjours

Très beau plateau technique, toutes spécialités, sauf Neuro-Chirurgie et Chirurgie Cardiaque.

Equipe de 19 médecins Anesthésistes - Deux listes de gardes (Maternité et Bloc) - Repos post-garde.

Sites Internet à consulter pour de plus amples informations sur l'environnement économique, social et culturel des Côtes d'Armor :

- www.mairie-saint-brieuc.fr (rubrique "découvrir Saint Brieuc")

- www.cotesdarmor.cci.fr (rubrique "cci info")

- www.cg22.fr

- www.baiedesaintbrieuc.com

Site Internet à consulter pour de plus amples informations sur l'établissement : <http://www.ch-stbrieuc.fr>

Pour tout renseignement contacter :

M. le Docteur Gilles BOVYN - Responsable du Pôle

Tél. : 02.96.01.71.23 - Bip 170 - @ : gilles.bovyn@ch-stbrieuc.fr

Ou

Mme LECOMTE - Directeur Adjoint chargé des Affaires Médicales et des

Actions de Coopération Sanitaire

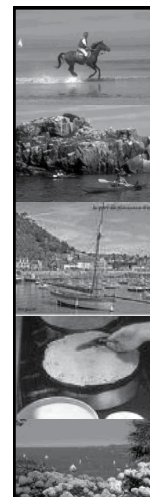
Tél. : 02 96 01 73 11 - fax : 02 96 01 77 99)

Adresser lettre de candidature + CV à :

Centre Hospitalier de Saint Brieuc

Direction des Affaires Médicales et des Actions de coopération sanitaire

22027 - SAINT BRIEUC Cédex 1







Le Centre Hospitalier de Carcassonne **cherche à recruter des praticiens** ( 3 recrutements prévus sur l'année 2011 et début 2012 ) pour compléter son équipe d'anesthésistes (14,6).

L'établissement comporte une maternité (2000 accouchements) et des services de chirurgie : viscérale, orthopédie, vasculaire extra-thoracique, urologie, endoscopie.

Il existe une garde sur place toute la semaine et une astreinte opérationnelle qui se transforme en garde sur place le week-end .

Carcassonne est une ville attrayante à plusieurs titres et l'évolution du Centre Hospitalier se fait dans un contexte favorable (position géographique intéressante et projet de nouvel hôpital dont l'échéance est prévue à 2013).

Veuillez prendre contact avec :

• Le service des affaires médicales

Tél : 04.68.24.20.08

mail : secretariat.affairesmedicales@ch-carcassonne.fr

• Le docteur MARAFANTE, Chef du service d'Anesthésie

Tél : 04.68.24.28.35

mail : marafantejm@ch-carcassonne.fr

• Le docteur PUYEO,

Responsable du Pôle Chirurgie, Anesthésie, Bloc opératoire, gastro-entérologie.

Tél : 04.68.24.21.90 ou 04.68.24.24.00

mail : jacques.puyeo@ch-carcassonne.fr



## Le Centre Hospitalier d'Auch en Gascogne

Situé au cœur du Sud-Ouest, proche de Toulouse (75 kms)

### ANESTHESISTES-REANIMATEURS

Recherche des Anesthésistes-Réanimateurs à Temps plein,  
Postes à pourvoir immédiatement, afin de compléter une équipe de 6 Anesthésistes-Réanimateurs (inscrits à l'Ordre).

L'établissement dispose pour assurer les activités de Chirurgie Orthopédique, de Chirurgie Digestive, de Gynéco-Obstétrique, de Chirurgie Ambulatoire, d'un Bloc Opératoire, comportant 6 salles et un Bloc Obstétrical.

Pour tous renseignements et candidatures, s'adresser à : Monsieur Roger ARNAUD, Directeur Adjoint, DRHAM  
Tél. 05.62.61.31.04 | Email : r.arnaud@ch-auch.fr | Monsieur Joël BARON, Attaché principal d'Administration | Tél. 05.62.61.31.09 | Email : j.baron@ch-auch.fr

## LE CENTRE HOSPITALIER DE VANNES (MORBIHAN)



### Recherche 2 praticiens anesthésistes

pour rejoindre une équipe de 15 praticiens

Postes disponibles

Adresser candidature à :

Monsieur le Directeur du Centre Hospitalier Bretagne Atlantique - 20 Bd Général Maurice Guillaudot - BP 70555 - 56017 VANNES CEDEX

Pour tout renseignement contacter :

Dr Philippe LE ROUX, Chef de service, au 02.97.01.41.76

Mme Catherine ROSSIGNOL, Directrice des Affaires Médicales, au 02.97.01.45.06

## 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](http://www.ch-montbrison.fr)

### RECHERCHE ANESTHESISTES-REANIMATEURS

Profil anesthésie pour pôle chirurgie  
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 de Mont-de-Marsan

Établissement de 1 195 lits et places employant 2 352 salariés, engagé dans un projet de restructuration et d'extension globale de son bloc opératoire

# RECRUTE UN ANESTHÉSISTE

Avec possibilité de remplacements  
préalables

Autorisation d'exercice en France et qualification ordinaire en anesthésie-réanimation exigées

• 8 salles d'opération, extension prévue

• 11 postes de SSPI

• Très bon niveau d'équipement, informatisation, échographe

• Equipe de 10 MAR, garde sur place, repos post garde, temps additionnel

• Chirurgies de spécialités sauf chirurgie cardiaque, ophtalmologie, et neurochirurgie

• Maternité de 1500 accouchements, 9500 actes par an, activité solide et diversifiée

• Organisation du service permettant de concilier une qualité au travail et un bon confort de vie, ages de l'équipe équilibrés

• Bloc opératoire organisé sans conflits

• Service qualifiant pour la spécialité (1 à 2 DESAR)

La ville de Mont-de-Marsan, c'est aussi :

• Plateau technique : TDM, IRM, Réanimation autonome, cardiologie, angioplastie, oncologie, néphrologie hémodialyse, endoscopies interventionnelles, pédiatrie, USC néonatale, SAU, SAMU SMUR centre 15, ...

• La proximité de la côte atlantique l'été (1h 30) et des stations des Pyrénées l'hiver

• 130 kilomètres de Bordeaux (1h 15), de Pau (1 heure) par autoroute A 65

• Paris à 3 heures de Bordeaux en train (T.G.V)

• L'Espagne à environ deux heures de route en voiture.

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

Pour tout renseignement, vous pouvez joindre :

- Docteur TESTON, chef de service et responsable de pôle, 05 58 05 18 51 ou 06 16 44 44 84, philippe.teston@ch-mt-marsan.fr
- Madame CASTEILLAN, Directrice du personnel médical, 05 58 05 10 70, irene.casteillan@ch-mt-marsan.fr
- Madame BOUQUEREL, Directeur des affaires générales, 05 58 05 10 20, aureore.bouquerel@ch-mt-marsan.fr

Avenue Pierre de Coubertin - 40 024 Mont-de-Marsan cedex



centre hospitalier  
mont de marsan



## LE CENTRE HOSPITALIER DU MANS RECRUTE

→ UN ASSISTANT

→ UN PRATICIEN HOSPITALIER ANESTHESISTES-REANIMATEURS

Centre Hospitalier Général de près de 1 700 lits et places, dont 1 040 MCO, situé dans une agglomération de 200 000 habitants, à une heure de Paris, université et écoles supérieures, manifestations culturelles et sportives recrute, en prévision de départs à la retraite, dans une équipe de 24 anesthésistes et 8 réanimateurs, un assistant spécialiste et un praticien hospitalier en Anesthésie-Réanimation avec possibilité d'exercice polyvalent sur plusieurs plateaux techniques :

- Anesthésie (bloc de chirurgie générale adulte et bloc de chirurgie ambulatoire et endoscopie digestive),
- Unité de Surveillance Continue de 13 lits et Réanimation médico-chirurgicale de 17 lits mises en service en mai 2009,
- Pôle Femme-Mère-Enfant avec activité de chirurgie pédiatrique et néonatale et maternité de niveau 3

Contacts :

Site internet : [www.ch-lemans.fr](http://www.ch-lemans.fr)

Dr BILDEA, Chef du Pôle Urgences-Réanimation-Anesthésie : [abildea@ch-lemans.fr](mailto:abildea@ch-lemans.fr)

Dr LOTFI, Chef du Service d'Anesthésie : [jelotfi@ch-lemans.fr](mailto:jelotfi@ch-lemans.fr)

Mme GUILLOT, Direction des Affaires Médicales : [aguillot@ch-lemans.fr](mailto:aguillot@ch-lemans.fr)

## 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](mailto:a.gourc@chmayotte.fr)

Mme MOUSILLAT Véronique : 02.69.61.80.00 (poste 5631), mail : [v.mousillat@chmayotte.fr](mailto: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!





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

CHU de Nîmes  
5000 employés  
2000 lits

MEDECINE  
CHIRURGIE  
REANIMATION  
URGENCES  
REEDUCATION  
GERONTOLOGIE  
PSYCHIATRIE

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

## 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 -



CENTRE HOSPITALIER William Morey  
71321 CHALON-SUR-SAONE



Etablissement organisé en 9 pôles chirurgicaux, médico-techniques qui permettra une prise en charge globale et optimisée des patients grâce notamment à un plateau technique complet et de pointe, à des outils innovants et performants : terminaux multimédias, transport pneumatique...

tout en privilégiant le confort, l'humanité et l'environnement tant des usagers que du personnel.

« Un hôpital où il fait bon vivre et travailler ».

**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-SAONE Cedex

Tel : 03.85.44.66.88 / Fax : 03.85.44.66.99



## Bulletin d'adhésion

Syndicat des Médecins Anesthésistes Réanimateurs Non Universitaires

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-Montfermeil, service d'anesthésie

10 rue du Général Leclerc 93370 Montfermeil

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



# SMARNU

SYNDICAT DES MEDECINS  
ANESTHESISTES-REANIMATEURS  
NON UNIVERSITAIRES

Retrouvez nous au point de rencontre intersyndical lors du  
congrès NATIONAL de la SFAR  
**du 21 au 24 septembre 2011**  
**Paris, Palais des Congrès.**

Et surtout, chers adhérents, soyez présents à notre assemblée  
générale annuelle le **vendredi 23 septembre à**  
**17H45 au même endroit.**