

LA LETTRE SYNDICALE DU

SMARNU

Nov 2011
N°53



- **Élections nationales statutaires**
- **Défiscalisation du TTA**

SMARNU

SYNDICAT DES MEDECINS
ANESTHESISTES-REANIMATEURS
NON UNIVERSITAIRES



SYNDICAT DES MEDECINS
ANESTHESISTES-REANIMATEURS
NON UNIVERSITAIRES

Sommaire

- › Mot du président P01
- › Défiscalisation du TTA P02
- › Plainte : risque ou raison P05
- › Rififi à Paname P12
- › In memoriam : Dr Dequiré P14
- › Annonces de recrutement P15
- › Bulletin d'adhésion P21

SMARNU, Syndicat des médecins anesthésistes-réanimateurs non universitaires

www.smarnu.org

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

Editeur et régie publicitaire :

Macéo éditions

M. Kamel TABTAB, directeur

11, bd Ornano - 75018 Paris

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

Graphisme : Brahim Madjid

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

Edito Mot du président



Vous allez bientôt élire les représentants des praticiens dans la commission statutaire nationale et le conseil de discipline.

Le rôle de ces commissions est pour l'une de se prononcer de façon consultative sur les problèmes de recherche d'affection, d'insuffisance professionnelle et de nomination et pour l'autre de rendre des avis sur des procédures disciplinaires contre des collègues. Notre spécialité bénéficie d'une section propre ce qui est une reconnaissance de sa spécificité.

Les élus ont un rôle de plus en plus marginal et les praticiens y sont minoritaires face aux administratifs. Mais il reste essentiel que nous puissions nous exprimer dans les instances nationales. Ces élections permettent aussi de définir la représentativité des organisations syndicales.

En ces moments difficiles il faut avoir des organisations syndicales fortes, une participation massive aux élections est primordiale, alors voter est important !

Nous nous sommes efforcés de présenter une liste à l'image des anesthésistes-réanimateurs de terrain avec des praticiens travaillant dans tout type de structures (CHG de toutes tailles, CHU), des temps pleins et des temps partiels aux modes d'exercices divers (anesthésie, réanimation, surveillance continue, et aussi SAMU/SMUR, douleur, etc.).

Dans un souci de renouvellement et de représentativité, nous avons associé des syndicalistes confirmés avec des jeunes praticiens. Tous partagent l'amour du métier, la recherche d'une juste reconnaissance de notre spécialité et le travail de qualité.

Vous trouverez la liste détaillée des candidats sur le site du SMARNU.

Nous avons toujours refusé les mauvais compromis (remboursement des CET partiels, imposables, sur la base des premiers échelons) : notre intersyndicale, la « Confédération des Praticiens des Hôpitaux » (CPH) n'a pas signé les accords sur les retraites du printemps dernier (accords identiques à ceux refusés pour insuffisance par les syndicats en 2008). Cela ne nous empêche pas de faire des propositions concrètes et économiquement viables (propositions sur l'attractivité de l'hôpital, livre blanc).

Quand certains cherchent à s'élargir aux autres spécialités et présentent des listes dans plusieurs sections, le SMARNU préfère rester concentré sur sa discipline. Notre syndicat est le seul à être constitué exclusivement d'anesthésistes-réani-

mateurs et à ne présenter des listes qu'en anesthésie-réanimation. En effet pourquoi des psychiatres, pourtant très actifs syndicalement, présenteraient des listes en médecine ou en anesthésie-réanimation ?

L'union et la clarté faisant la force, nous travaillons avec les autres syndicats dans le cadre de l'intersyndicale. Ainsi la suppression des premiers échelons des praticiens et la revalorisation du paiement de la permanence des soins, idées initialement présentes dans notre livre blanc, ont été reprises et défendues par la CPH.

Un rapport récent de la DGOS (bien que basé sur une étude à la méthodologie douteuse) reprend ainsi ces idées. Ne nous faisons pas d'illusions, aucune mise en application n'est prévue !

Nous travaillons activement à l'union des deux intersyndicales majoritaires ainsi qu'à leur nécessaire modernisation. Pour la première fois, notre liste intègre des confrères issus de l'INPH dans une liste d'union (CPH - INPH).

Nous regrettons que malgré nos propositions, certains aient préféré ne pas s'associer à cette démarche d'avenir. Par ailleurs nous avons exclu toute association aux connotations politiques trop prononcées.

Vous trouverez dans ce numéro une information sur la loi TEPA : tout refus de défiscaliser le TTA s'apparente à une discrimination fiscale qu'il convient d'attaquer au tribunal.

La législation ne mentionne nulle part de façon explicite que le TTA est exclu du processus de défiscalisation, en l'absence de jurisprudence toute autre affirmation relève de la simple interprétation hasardeuse.

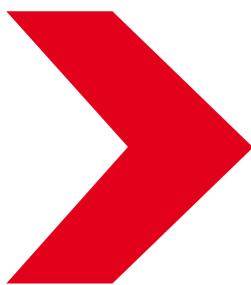
Nombre de praticiens ont été remboursés pour plusieurs années. Tout praticien n'entretenant pas rapidement les démarches risque d'en perdre définitivement le bénéfice pour cause de prescription des délais (ce qui est bien plus fâcheux qu'un hypothétique remboursement au fisc).

Sujet bien plus préoccupant, le SMARNU dénonce vigoureusement la menace des ARS de ne plus financer certaines lignes de gardes ou d'astreintes à l'horizon 2012.

Si cette menace était mise à exécution nous verrions éclater les équipes avec fermetures brutales et inopinées de services de chirurgie et maternités. En plus de provoquer une belle pagaille, cette initiative risque à termes de s'avérer coûteuse financièrement et délétère en terme de qualité.

Si vous recevez notre revue pour la première fois, vous trouverez les numéros précédents au format PDF sur notre site internet (<http://www.smarnu.org>).

Dr ANDRIAMIFIDY Louison
Président du SMARNU



TTA et Loi TEPA

Défiscalisation : ça marche !

Rappel sur le TTA

Toujours plus de besoins, toujours moins de moyens. Le temps médical, voilà ce qui manque pour assurer la demande croissante en soins liée aux modifications démographiques de la population, dans les maternités, aux urgences traumatologiques. En anesthésie-réanimation en particulier, les obligations statutaires de 48 heures par semaine ne suffisant plus, il a fallu créer dans les accords de 2002 sur le temps de travail médical le « Temps de Travail Additionnel » (TTA) (Arrêté du 30 avril 2003 consolidé - article 4), et ce en accord avec l'opt-out de la Directive Européenne 2003 - 88.

Ce temps de travail situé au-delà du maximum européen de 48 h est indispensable aux directeurs d'hôpitaux pour faire tourner les services lourds à l'hôpital, surtout non universitaires, dont les services d'anesthésie-réanimation. Est-il devenu un nouvel esclavage ?

- Il est devenu une variable d'ajustement obligatoire du temps de travail médical disponible pour palier à la mauvaise organisation locale et régionale des services et pôles ;
- Il n'est payé qu'à 80 % de la valeur de l'heure normale de jour, voire pas du tout (mais les recours au TA sont alors obligatoires et gagnants, le SMARNU en a soutenu !) ;
- Ou placé sur un « Compte Epargne Temps » qui rapporte 0% d'intérêt ;
- Sa rémunération relève de critères arbitraires du directeur d'établissement et non d'une procédure réglementaire nationale ;
- Le volontariat du médecin qui est censé le déclencher n'est même plus recherché ;
- Et il recouvre des périodes de permanence des soins (PdS) qui ne devraient jamais se trouver en situation de soumission à un quelconque volontariat.

Le SMARNU a donc déconseillé aux PH de dépasser leur temps d'obligation de service (48 h hebdo maxi tout de même !) et depuis décembre 2008 a lancé son appel : « Stop au TTA ».

Le TTA : le discours syndical

En attendant que l'Europe statue sur le sort de l'opt-out, le SMARNU a réclamé dans tous les cadres de discussions :

- Qu'il soit déclenché à bon escient, et pour des missions de continuité des soins particulières, et qu'il soit, comme pour les obligations de service, décompté en heures, avec la fin des « plages de TTA » de durée variable et l'introduction de la notion d'heures supplémentaires ;

- Qu' étant soumis au volontariat, il soit attractif pour les praticiens de spécialités déficitaires, dont l'anesthésie-réanimation et la médecine d'urgence. Et que l'heure supplémentaire soit payée à 125% de la valeur de l'heure moyenne de PH ;
- Qu' étant soumis au volontariat, il n'y soit pas recouru pour assurer une des missions premières de l'hôpital public, la permanence des soins, qui doit être toute entière assurée par les obligations de service ;
- Que la possibilité de mettre son TTA sur un éventuel CET soit laissée au choix du praticien et non pas imposée par la direction pour des motifs budgétaires ;
- Que le TTA soit défiscalisé, en accord avec la réglementation touchant les heures supplémentaires (TEPA).

Compte tenu de l'absence de prise en compte de la pénibilité lors de la discussion de la « réforme » des retraites de septembre - octobre 2010, nous répétons notre mot d'ordre :

STOP AU TTA !

La défiscalisation : réparation partielle d'une injustice !

Quoique les avis sur la Loi TEPA et le « paquet fiscal » dans lequel elle s'inscrit divergent dans le discours de la société, nous soutenons la défiscalisation des heures de TTA appliquée aux médecins hospitaliers.

Nous avions longtemps été bernés par des fiscalistes qui nous présentaient la Loi TEPA comme étant inapplicable aux PH et autres médecins hospitaliers.

Un courrier adressé au ministère le 29 octobre 2007 par le SMARNU, évoquant l'exonération d'impôts sur le TTA était resté sans réponse.

A noter qu'interrogé sur le caractère « **ILLEGAL** » de cette demande exprimée par les médecins hospitaliers, un « Directeur des Impôts » a clairement dit que tout rejet d'une telle demande d'exonération serait considéré comme de la « discrimination liée au métier », et punissable.

Reprisant le texte du BOI en date du 30 mai 2008 on découvre en présentation :

« L'article 1er de la loi n° 2007 - 1223 du 21 août 2007 en faveur du travail, de l'emploi et du pouvoir d'achat, dite « loi TEPA », comporte des dispositions favorisant l'accomplissement d'heures supplémentaires (salariés à temps plein) ou complémentaires (salariés à temps partiel) de travail. Ces dispositions prévoient :

- Une exonération d'impôt sur le revenu de la rémunération versée au titre des heures supplémentaires. Cette exonération d'impôt sur le revenu bénéficie à l'ensemble des salariés du secteur privé, y compris à ceux du secteur agricole, ainsi qu'aux agents publics, titulaires ou non. Elle concerne les salaires versés au titre de l'ensemble des heures supplémentaires, c'est-à-dire de toutes les heures effectuées au-delà de la durée légale du travail telle que déterminée par la législation relative au travail. Cette exonération s'applique également aux salaires versés au titre des heures complémentaires,

c'est-à-dire les heures effectuées par les salariés à temps partiel au-delà de la durée contractuelle du travail. L'exonération fiscale est accordée sous conditions et dans certaines limites ; [...]

- Une déduction forfaitaire au titre des cotisations patronales sur les salaires perçus à raison des heures supplémentaires de travail incluses dans le champ de l'exonération fiscale. [...]

Cette demande ne concerne que le TTA identifié et validé par la COPS, et rémunéré (à l'exclusion de tout TTA récupéré, ou versé au CET), que le travail des médecins hospitaliers (et pas seulement les PH) soit organisé en temps continu ou en demi-journées.

Comment faire ?

- Solliciter son contrôleur des impôts (lettre type que nous envoyons sur demande : james.brodeur@wanadoo.fr) et attendre la réponse (il est préférable de prendre rendez-vous ou d'aller à l'accueil des impôts pour expliquer la situation et remettre la lettre, puis d'en envoyer une seconde en AR) ;

• La réponse vous demandera de contacter votre « Direction des Affaires Médicales » (DAM) pour qu'elle précise la part du TTA afférente à vos revenus hospitaliers et ce année par année depuis le 01 janvier 2008 (donc revenus 2008, 2009, 2010) ;

• Vous devrez donc prendre rendez-vous avec la DAM, pour lui demander ce document, signé par le « Directeur ». L'argument opposé par la DAM, sur la base de courriels envoyés à l'époque par la DHOS et sans la moindre valeur juridique, est que c'est **ILLEGAL** ! Plutôt que de polémiquer sur ce terrain, il faut : expliquer que c'est votre « Direction des Impôts » qui vous réclame ce document, qu'ils « verront » qu'après tout c'est leur affaire, et, mieux encore, si ça marche, la Direction de l'Hôpital pourra récupérer une déduction forfaitaire au titre des cotisations patronales. Vérifiez bien que le document ne comporte pas de commentaires de type exonérée/non exonérée, imposable/non imposable concernant les sommes en question. Le bureau de la paye a un certain nombre de calculs à faire, et la demande de votre « Centre des Impôts » doit être faite classiquement **SOUS UN MOIS** : donc, il ne faut pas que la DAM traîne les pieds ;

• Vous envoyez le document signé par le « Directeur au Centre des Impôts » (avec une petite lettre de rappel), et **SOUS UN MOIS**, vous devez recevoir vos lettres-chèques d'exonération pour 2008 et 2009 (avec intérêts !), et pour 2010, soit une lettre-chèque soit une dispense partielle au titre des impôts sur le revenu.

Très important : sous l'impulsion du SMARNU, et de nos amis de l'AMUF, des demandes se sont faites un peu partout pour valider un succès initial.

Tout refus serait à poursuivre au « Tribunal Administratif » (discrimination), et nous avons l'avocat prêt dans les starting-blocks pour « y aller » si ça se produit :

IL FAUT ALORS NOUS CONTACTER (denis.cazaban@wanadoo.fr).

Donc, appliquons la loi, et faites remonter les infos !

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



Plainte : risque ou raison POINT DE VUE

INTRODUCTION

Les liens entre la médecine et la justice sont innombrables. Peut-on tenter une approche un peu originale de quelques situations dont chacun, d'une façon ou d'une autre, a l'expérience ? Les pratiques médicales et soignantes profitent des démarches de prévention, de retour d'expérience et donc d'un processus d'amélioration continue. Par analogie, nous sommes en droit de nous demander si le mécontentement exprimé par une plainte, une dénonciation, ou le relevé d'une infraction, selon une interprétation individuelle ou au nom de la société, résulte d'une approche comparable.

Une plainte doit-elle être gérée comme un risque ?

- D'un côté, sur le plan professionnel, la complexité des affaires auxquelles nous sommes confrontés s'amplifie régulièrement. Toutes les spécialités sont concernées ;
- De l'autre, la plainte fait peu partie de notre culture : s'il est clair pour nous même et pour le plaignant qu'une anomalie s'est parfois produite, dans d'autres cas elle arrive alors que rien ne la laissait soupçonner.

Par exemple, n'est-il pas étonnant qu'un médecin prenant en charge des urgences soit condamné au fait qu'il n'est pas diplômé « urgentiste » et a contrario qu'un urgentiste le soit aussi alors que la surveillance dont il peut témoigner n'a pas empêché un « accident de survenir ?

LES TEXTES

Les textes déontologiques, professionnels, administratifs ou judiciaires reconnaissent que tout médecin a d'abord une formation de généraliste et un devoir d'assistance.

Mais la jurisprudence a fait de la compétence et de la qualification un des points forts des jugements rendus, d'ailleurs aussi bien en faveur qu'en défaveur des plaignants.

Jusqu'où doit-on aller ?

- L'anesthésie-réanimation s'est depuis longtemps fortement marquée par la qualité qu'elle exige de ses praticiens et de ses modalités de travail, en réponse à de dramatiques accidents. Elle a montré que leur prévention passe autant par des connaissances théoriques que par des pratiques initiales, régulièrement entretenues. Les autres spécialités lui ont emboîté le pas et les recommanda-

tions sont entérinées pour la plupart à un très haut niveau ou au titre d'obligations réglementaires.

Toutefois, n'est-on pas en droit de s'interroger sur l'état actuel de la science ?

- D'une part parce que nous doutons nous-mêmes de notre connaissance (voir les « niveaux » ou les différences sémantiques entre conférence, consensus, recommandations dont

sont assortis les documents actuels), d'autre part parce que se pose la question de ce qu'il est indispensable de maîtriser pour exercer une spécialité de façon à la fois globale et raisonnable ;

- La médecine d'urgence est un cas d'école. C'est une spécialité neuve dont une large part de la création revient précisément à l'anesthésie. Les promoteurs ont puisé dans son histoire et ses validations afin d'en permettre l'autonomisation, renforcée par la réalité de terrain et la désaffection des autres intervenants ;

- Les rédacteurs des « référentiels » ont pris la précaution d'assortir leurs propos de remarques sur la compétence (aptitude à décider à partir de connaissances approfondies), la part possible de la subjectivité et les indispensables connexions transversales, de façon à renforcer une pédagogie et une procédure opérationnelle effective ;

- Ceci ne suffit probablement pas puisque se rajoutent au moins une quinzaine de compléments, tous considérés indispensables intitulés diplômes d'université, inter-universitaire ou stages selon des modalités propres à chaque organisation formatrice auxquels s'ajoutent les formations continues labellisées.

Les étudiants et les praticiens n'ont que l'embarras du choix. Le juge aussi !

Au final, si l'on ne peut tout maîtriser, comment parer à un aléa amenant un dépôt de plainte ? L'apprentissage de la gestion des risques peut y aider.

QUEL SCHEMA ?

Les modèles classiques de performances et de l'évaluation ont été transposés de l'industrie vers la médecine avec plus ou moins de pertinence.

L'approche actuelle faisant anticipation (illustrée par les plaques de « James Reason » : voir méthode ORION - CREX ® d'AFM 42) ou résolution a posteriori (Revue de « Morbi Mortalité ») montre quelques constantes dont l'application est aussi bien valable en staff de service que devant une famille, un enquêteur ou un juge.

Les principes en sont simples :

- 80 % des accidents sont liés à une cause humaine (mais bien que partie sensible du système, l'homme reste indispensable, etc.) ;
- Un accident ne résulte qu'exceptionnellement d'une seule cause, l'ensemble des facteurs doit être repéré ;
- L'activité de soins est un sys-

tème complexe au sein duquel quatre axes sont à explorer : personnel, organisation, technique, environnement ;

- De nombreux évènements précurseurs précèdent l'accident proprement dit.

- Quand une famille nous interroge, elle n'a souvent qu'une vision fragmentée de l'évènement. Un enquêteur essaye de rechercher l'ensemble des causalités ;

L'essentiel est de pouvoir faire une synthèse des faits puis des hypothèses qui en découlent (et non l'inverse) en toute objectivité ;

La transposition vers une personne ne connaissant pas nos habitudes est une relation souvent délicate. C'est une épreuve psychologique au cours de laquelle il est essentiel de n'exprimer aucune agressivité, et où la modestie s'impose.

LA RECHERCHE D'INFORMATION : EVENEMENT OU INDICE ?

Lorsqu'une enquête commence (médicale, administrative ou judiciaire), elle se fonde sur des dires et des faits. Les premiers sont labiles, les seconds non, si l'on prend quelques précautions.

La bonne connaissance de la situation dans son aspect le

plus visible, mais aussi dans tout ce qui l'entoure, est indispensable. Nous relèverons par exemple :

- Le dossier médical (incluant les consultations et documents préalables) et le dossier soignant, remplis en temps réel aussi fidèlement que possible selon la forme réglementaire mais aussi avec toutes annotations potentiellement utiles ;

- Les témoignages des protagonistes à recueillir par écrit le plus tôt possible ;

- La chronologie des faits et des actions conjointes, à corroborer en équipe, en décortiquant les processus, procédures et protocoles qui s'y rattachent éventuellement ;

- Les listings complets des machines, en veillant à éditer ceux directement accessibles et solliciter les prestataires pour ceux qui nécessitent leur intervention (mémoires « cachées » des respirateurs et moniteurs, des logiciels dossiers, etc.).

Parfois il est indispensable de disposer d'un avis totalement extérieur (une interprétation ou une traduction inadaptée de logiciels complexes est soulevée dans une très grosse affaire de dosimétrie) ;

- Les échanges téléphoniques, en se méfiant des limites de l'ar-

chivage dans les autocommunicateurs (pourtant capital dans la mise en cause des recherches de personnes), ou dans les enregistreurs (SAMU) ;

- Les traçabilités et vigilances doivent pouvoir être prouvées et sont horodatées extemporanément (exemple : « check-list », cahiers de suivi, etc.) ;

- Faire les poubelles n'est pas anodin et ne doit pas attendre leur enlèvement ;

- Le contexte mérite que l'on s'y attache (circuits divers, surcharge, défaillances de personnel ou de moyens matériels, priorités, contacts entre équipes, fonctionnement dégradé du fait d'un impondérable, etc.).

On retrouve ainsi les grandes lignes médicales de recherche et de prévention des dysfonctionnements. Il suffit de changer ce dernier terme par indices ou éléments de preuve pour passer dans le domaine judiciaire. Leur présence (qualité) est en faveur de l'équipe, leur absence ouvre le doute et la suspicion.

Leur suppression ou leur falsification est une faute si grave qu'elle se passe de commentaire, même si elle est involontaire. Dans une affaire d'enregistrement, cette absence liée à une panne non détectable facilement a pourtant eu de

très lourdes conséquences juridiques, de même la touche « remise à zéro » peut avoir des effets redoutables.

Conseil pratique si un évènement grave survient : tout laisser en l'état tant que l'ensemble des prospections n'aura pas été complètement réalisé (juridiquement comparable aux « constatations premières »).

Une remarque particulière concerne les « saisies ». Indépendamment des modalités rigoureuses qui doivent être respectées, il faut veiller au fait qu'un dossier saisi n'est plus accessible, au moins temporairement pour le réétudier.

Prévoir des doubles de certaines pièces sensibles peut donc être utile.

Il est aussi des cas non tranchés malgré d'éminents avis de services juridiques (les conversations enregistrées des SAMU sont elles des dossiers ou des appels communs ?).

Ne pas hésiter à signaler la désabilisation d'un système et les limites au travail ainsi générées lors d'une saisie de matériels informatiques contenant d'autres informations que celles relatives à l'affaire étudiée. S'il y a lieu, demander la mise en œuvre des moyens palliatifs tel la copie authentifiée.

QUELQUES SCENARIIS :

Relation au sein des équipes.

C'est le lieu des premiers débats. En ce sens, il est souhaitable d'avoir une unité conceptuelle face à un événement grave : qui était présent au moment des faits, qui est le porte-parole médical, soignant, technique et administratif (classement, le plus ancien dans le plus haut grade). Ce n'est possible que si la préparation en a été faite. Une équipe n'est forte que par son homogénéité.

A l'inverse, le conflit larvé ou ouvert est une des pires situations quand survient un incident ou un accident. C'est une source de dysfonctionnement (trop) facilement exploitable. Sa prévention passe par la coopération entre tous les personnels et équipes ainsi que le rappel régulier des bonnes pratiques (en réunions non cloisonnées, exemple : une infection nosocomiale dépendante du prescripteur, du poseur de perfusion, du ménage, d'un réseau ?).

L'inadaptation entre besoins et moyens (conflit médecin/administration) peut être invoquée. Une approche pragmatique passe par les « contrats » validés réciproquement, incluant des modes de travail dégradés. Cependant, il nous semble que certains points doivent rester

strictement cantonnés aux professionnels et ne jamais apparaître autrement que sous forme de conclusion réglementaire auprès de l'administration, sous peine de favoriser des distorsions préjudiciables (exemple de l'élaboration et du respect des tableaux de travail et de garde).

Relation avec un patient ou une famille.

S'installer au calme avec la consigne de non dérangement. Prévoir un temps ouvert. Etre sûr de l'identité et des motivations des personnes présentes, surtout si un interprète éventuel est nécessaire.

La présence d'un autre membre de l'équipe facilite une pluralité de perception pas toujours aisée quand on est seul.

Donner la parole à ses interlocuteurs et la respecter (parfois très rude et même avec friction physique). Les outrances éventuelles se gèrent dans le calme et la compréhension qu'on porte, sans faire de surenchères ni donner prise à des critiques vis-à-vis de qui que ce soit.

L'empathie en est la clé mais n'est pas prétexte à des excuses dont on ne peut savoir si elles se justifient.

La vraie relation : avec un patient plaignant ou une famille,

commence quand on sait exactement quelle est la question qui les préoccupe : il est peu utile de détailler une pathologie si le grief porte sur un problème d'heure de visite, mais faire comprendre que le personnel soignant a des obligations permettra une meilleure approche réciproque des difficultés de la maladie.

L'analyse factuelle permet de démontrer les mécanismes de la plainte et tempérer ou réorienter les propos. Les explications qui l'accompagnent iront dans un sens simple, pertinent, adapté à la compréhension de l'auditoire. Celui-ci est invité à poser toutes questions complémentaires qu'il souhaite. Une autre rencontre peut être proposée, après un temps d'apaisement, en particulier lorsque des incertitudes subsistent.

Si au décours de l'entretien apparaît l'intention d'aller plus avant dans des démarches contradictoires, il est utile d'évoquer les possibilités telles que commission des usagers, commission d'indemnisation, compagnies d'assurances, orientations judiciaires (administratif, civil, pénal). Ceci montre que l'on connaît les différentes voies de recours en insistant sur le fait que la réponse y sera la même.

Si des professionnels sont

cités, aucun commentaire ne doit prêter à confusion. Dans ce cas ne pas hésiter à mentionner l'administration de tutelle et les « Conseils des Ordres » concernés.

Evoquer les délais de ces organismes est important afin d'éviter des accusations de retard.

L'information ouverte.

Dans la plupart des affaires, une recherche d'indices est un préalable à l'étalement d'une introduction d'instance quelle qu'en soit la nature, ou son abandon. L'initiative peut venir des forces de l'ordre ou du procureur si une infraction est supposée ou en cas de flagrance.

Les professionnels pourront la provoquer par une déposition (risque imminent, violences à mineur).

Les premiers entretiens de «l'enquête préliminaire» peuvent ne pas être formalisés. Les médecins sont habitués à engager les termes : quelle qu'en soit l'urgence, le tact s'impose. A aucun moment ne doit paraître une équivoque ou un soupçon qui pourrait à tort faire penser à un masquage ou un détournement de la réalité.

Par contre, l'expression d'un doute est parfaitement plausible et peut conduire à des mesures

plus volontaristes (proposition d'une autopsie par exemple).

Il est essentiel de s'en tenir aux seuls arguments vérifiables et aucune mise en cause de tel ou tel acteur nommément désigné n'est souhaitable (ce sera à l'enquête de le déterminer).

L'information fermée : la réquisition.

La réquisition résulte de l'enclenchement d'une action judiciaire. Elle est très encadrée par le « Code de procédure pénale ».

La vérification des articles invités est utile pour comprendre l'attente de l'officier de police judiciaire, du juge ou du procureur qui l'a faite rédiger. Si besoin un entretien permet d'en clarifier les termes et les objectifs.

Le médecin est sollicité en tant que personne qualifiée.

Une réquisition, en règle, comporte des questions précises auxquelles il est essentiel de répondre aussi précisément que possible sur le plan factuel.

La responsabilité personnelle est engagée dans la rédaction. S'il figure une question relevant de l'interprétation, en particulier pour une affaire non claire, un conditionnel prudent sera utilisé car cette mission revient à l'expert (le constat de décès n'est

pas synonyme de « cause » du décès).

L'information dirigée : l'audition.

Sur convocation, la personne désignée doit comparaître et répondre aux questions qui lui sont posées. Il faut s'y préparer en remontant les faits sur lesquels portera l'entretien tout en tenant compte de certains points :

- L'enquêteur connaît son métier et respecte une ligne directrice dans ses investigations pour arriver à une conclusion motivée ;
- Le professionnel de santé de même : il est d'ailleurs régulièrement confronté à des quasi-interrogatoires par les patients et les familles. Ses réponses sont objectives et fondées ;
- Chacun des protagonistes est un spécialiste de sa partie, les deux savent de quoi ils parlent ;
- La présentation de soi-même doit être réaliste par rapport à la sollicitation et aux questions posées (ai-je la compétence pour parler du fait sur lequel on m'interroge ?) ;
- La connaissance de son interlocuteur peut donner des orientations sur l'entretien ;
- La courtoisie est de rigueur ;

- CQFD.

L'audition est colligée dans un procès verbal. Attention avant de le signer définitivement :

- Le marquage de limites est parfois nécessaire (si je décris une situation, puis-je respecter l'unité de lieu, de temps et d'espace sans me tromper ?) ;

- Ne pas rapporter d'éléments dont on ne peut garantir personnellement la véracité (j'ai entendu dire que, etc.) ;

- Ne faire aucune allusion pouvant introduire des questions à ouverture interprétative ou donnant lieu à l'implication de personnes non citées (dans ce cas aucun commentaire n'est souhaitable) ;

- Il n'est en général pas possible de prendre de note ou d'enregistrement : veiller à ne répondre qu'à un nombre limité de questions de façon à être clair et en retenir la trame. Si besoin demander à reprendre l'entretien ultérieurement ;

- La relecture du procès-verbal est un temps important : ne pas hésiter à demander des corrections si des termes insuffisamment explicites, des fautes ou des inexactitudes risquent de peser sur sa compréhension future.

A ce stade, soit la personne convoquée n'a aucune raison

d'être impliquée et sa déposition suffit, soit elle doit répondre à d'autres questions lors d'entretiens complémentaires. Le statut de simple témoin n'est plus adapté.

Le témoin assisté.

La présence d'un avocat est un facteur pondérateur, bien que laissant pressentir un degré supplémentaire de mise en cause.

La complémentarité des propos entre lui et le professionnel impliqué semble évidente. Certains se sont spécialisés dans cette fonction et doivent être sollicités en conséquence ou sur conseil de son établissement ou assureur par exemple.

L'avocat doit appréhender la plainte dans toutes ses composantes médicales et pas seulement dans un contexte de défense simplifiée.

Ceci fait revenir aux différents facteurs qui ont pu conduire à la plainte et les intégrer tous, alors que la tendance pourrait être de n'en retenir que quelques uns.

Cette démarche parfois très complexe (voir par exemple le circuit d'un médicament injecté par erreur) doit être menée préalablement et peut faire demander de différer les entretiens.

Petite remarque : le conseil d'un

avocat peut s'obtenir à tout moment.

La mise en examen.

Décidée par le juge d'instruction, elle suppose que des indices graves ou concordants pèsent sur la personne incriminée :

- Les contraintes réglementaires sont strictement énoncées (garanties, avocat, instruction, durée, etc.) ;

- C'est une épreuve psychologique difficile (le terme d'inculpation reste dans les mémoires) d'autant qu'elle peut s'assortir de limitation de liberté : contrôle judiciaire, garde à vue (et ses visions un peu fantasmagoriques), détention provisoire (et son contact avec le milieu pénitentiaire) ;

- Anecdotiquement comparons à certaines contraintes de notre activité professionnelle pour mieux en appréhender les formes et les supporter si besoin (limitation de liberté, contention, garde à vue, garde, unité pénitentiaire, lit hospitalier ?).

CONCLUSION

L'honnêteté et le respect sont probablement les deux maîtres mots de ce point de vue.

Ceci signifie que le monde médical est habitué à vivre des cas difficiles. La réflexion est une des clés de sa réussite. La fatigue physique et psychologique est une constante obligatoirement surmontée.

Mais si pour chaque cas il est possible de répondre aux quatre items :

- Tel jour à telle heure ;
- En telle circonstance ;
- Telle décision a été prise ;
- Il en a été référencé de telle façon.

Les suites seront probablement nettement simplifiées puisque :

- Le souvenir de l'activité et de son environnement est précis ;
- Un diagnostic est établi dans toutes ses composantes positives et différentielles, éventuellement d'urgence, puis détaillées ;
- Les solutions thérapeutiques et alternatives ont été mises en œuvre ;
- Le dossier est complet et / ou l'appel à une aide professionnelle a été fait en temps utile.

Alors une plainte, un risque comme un autre ?

La qualité (diminution des risques) qui s'attache à notre exercice est prouvée, espérons que les plaintes suivent la même voie malgré des statistiques quelque peu ambiguës.

C'est en tout cas l'objectif de cette tentative d'approche raisonnée.

Docteur Hubert TONNELIER
Anesthésiste - Réanimateur
SAMU des Vosges
EPINAL

Permanence des Soins à Paname : du rififi ?

Depuis 1 an que Claude Evin, Directeur Général de l'ARS d'Ile de France, s'est fermement décidé à réorganiser la Permanence des Soins (PdS) chirurgicale et en imagerie en Ile de France, les projets se sont succédés, soulevant dès le départ les protestations des syndicats de personnels devant cette politique de « restrictions ».

Or, en moyenne annuelle, 36 actes chirurgicaux par nuit dans les départements franciliens exécutés par 32 établissements, ce n'est pas beaucoup. Toujours est-il que les syndicats ont raison sur un point : ce qui se passe en Ile de France préfigure ce qui se passera ensuite en province. Et ce qui est sûr aussi, c'est que la PdS coûte très cher : 800 millions d'euros au niveau national par an, et que le service médical rendu de cette « valise » n'est pas évident. Paiement de gardes supplémentaires à certains praticiens dans des établissements en manque d'effectifs, rétribution de la permanence des soins dans le privé qui n'en assure pas toujours la charge et lignes de gardes inutiles dans certains gros établissements. Bref : pas satisfaisant.

A la suite d'une grand-messe le 15 décembre 2010, et de la

mise en place en janvier 2011 d'un groupe de travail, les choses se précisent puisque le 10 octobre a été présenté le nouveau dispositif de la PdS pour les activités de chirurgie adulte orthopédique, traumatologique, digestive et viscérale entrant en vigueur en début 2012.

Caractéristiques :

- Identification d'une période, la « nuit profonde », de 22h30 à 8 h ;
- Passage de 87 établissements assurant une telle PdS à « entre 25 et 35 » (un centre pour une moyenne de 400 à 600 000 habitants) ;
- Création d'un réseau gradué d'établissements offrant un accès sécurisé par des équipes complètes, disponibles et seniorisées ;
- Mise en place par les candidats retenus d'une gouver-

nance interne et territoriale de la PdS, donc la constitution d'équipes territoriales sous la direction d'un coordinateur chirurgical de cette permanence pour l'établissement qui sera l'interlocuteur unique ;

- Ressources humaines suffisantes pour assurer la prise en charge chirurgicale d'urgence la nuit et s'engager au « zéro refus », donc admission sans délai de tout patient pour une prise en charge urgente ;
- Retour des patients vers leur établissement d'origine une fois l'épisode chirurgical clos ;
- Prise en charge de tous les patients de la permanence des soins la nuit en tarifs opposables.

Les candidats à la PdS nocturne profonde, publics et privés, ont jusqu'au dimanche 30 octobre pour se déclarer. Les dossiers seront examinés

par un « comité de sélection » et le choix des centres sera officiellement fait le mercredi 30 novembre par le directeur de l'ARS. Les établissements retenus seront appelés à signer un avenant à leur contrat d'objectifs et de moyens (CPOM).

Quels commentaires apporter à un projet en apparence si louable et réclamé par le SMARNU depuis longtemps ?

- Dans ce cahier des charges le rôle des anesthésistes dans la prise en charge n'a pas été précisé à sa juste mesure alors que nous sommes une spécialité structurante de l'hôpital et qu'il faudra prendre en compte la place prise par nos collègues dans les réanimations, en obstétrique, dans les « Unités de Soins Continus », et maintenant en cardiologie et en radiologie interventionnelles. Il faudra faire préciser ultérieurement l'articulation avec les gardes d'anesthésie obstétricales, surtout en Ile de France où la plupart des maternités publiques font plus de 2 000 naissances par an. Par ailleurs, son financement

est incertain mais d'emblée de nature « précautionneuse » (20% de la dotation MIG en début d'exercice et pour le reste, on verra) ;

- Donc l'enzyme limitante, c'est l'AR, et ils ne sont pas nombreux et les centres référents PdS déficitaires (voir le nombre d'intérimaires contractés !) ne pourront assurer qu'en puisant dans les réserves de ex-autorisés qui auront alors à se dédoubler parce que leur obstétrique, leur réanimation ou leur USC auront à fonctionner, avec garde ou astreinte. Le schéma devrait donc être global, et pas seulement chirurgical.

Il circule un mauvais bruit selon lequel les obligations statutaires de jour seraient repoussées à 22h30, la garde ne commençant qu'alors. Il existe un projet réel de faire participer les praticiens à la PdS de première partie de nuit sans rémunération en rapport.

Ceci est bien sûr à rapprocher du rapport « Aubart ». Tiens, tiens ! Exercice médical à l'hôpital 3.2.3 qui propose une

découpe de la durée du travail en cinq tranches et « pour simplifier la législation européenne : pas de repos quotidien ! »

Bien sûr nous opposons un refus catégorique à ce qui détruit encore un peu l'attractivité hospitalière.

La mise en parallèle de ces projets (restructuration de la PdS et réforme des plages horaires) nous fait craindre des projets plus funestes encore dans l'avenir.

Dans nos prochains numéros en 2012 vous aurez le suivi de ce projet et le rendu des premiers effets sur le terrain. En souhaitant que cela se fasse dans l'intérêt des patients et sans porter de préjudice majeur aux conditions d'exercice des confrères.

Drs James Brodeur
Bourges

Denis Cazaban
Montfermeil



IN MEMORIAM

Pierre-Marie DEQUIRÉ est décédé brutalement le 5 octobre 2011 dans sa soixantième année. Il avait exercé en tant que chef de service d'anesthésie à l'hôpital d'Alençon de nombreuses années, étant auparavant à Épernay.

Il avait pris sa retraite en décembre 2010 ce qui lui a permis de consacrer plus de temps à sa famille et à la navigation maritime qui était sa passion favorite.

Pierre-Marie était un peu un voisin pour nous au Mans. Il était très dynamique, passionné par son métier, exerçant avec élégance. Il avait toujours un abord cordial, mais ne se livrant pas immédiatement.

Il était très apprécié de toute son équipe d'Alençon qui ressent un grand vide.

Pierre-Marie a assisté à plusieurs assemblées générales du SMARNU, et participé en tant que représentant de la CHG à l'ARH de Basse Normandie.

Nous présentons à sa famille, à ses amis et à toute son équipe d'Alençon toutes nos condoléances.

Pour le C.A du SMARNU
Denis Lemanissier
Centre Hospitalier du Mans

Annonces de recrutement


CENTRE HOSPITALIER
DE CORNOUAILLE
QUIMPER-CONCARNEAU
recrute h/f :

• Des Praticiens en ANESTHÉSIE
(Praticien Hospitalier ou Assistant)

Etablissement de référence du territoire avec un plateau technique complet (1 400 lits). Le Centre Hospitalier Intercommunal de Cornouaille dessert une population de plus de 300 000 habitants. L'activité d'anesthésie est réalisée sur Quimper - Douarnenez. L'équipe d'anesthésie est composée de 17 ETP MAR (16 PH + 2 assistants) et intervient au sein d'un bloc opératoire dédié de 12 salles (double garde sur place + 1 IADE/salle). Avec une activité de plus de 11 000 actes par an et 7 162 consultations externes, l'activité d'anesthésie est variée : orthopédique, viscérale, urologique, ORL (adultes et enfants), explorations endoscopiques, gynécologique, obstétrique (2 300 naissances en 2010).
Equipe d'anesthésie dynamique formée à l'écho-anesthésie, en cours de spécialisation à la pédiatrie.

Les candidats intéressés peuvent contacter :
Anne-Cécile PICHARD - Directrice des Affaires Générales et Médicales - Tél : 02.98.52.61.41 - Courriel : ac.pichard@ch-cornouaille.fr
ou
Docteur Vincent DEVISME - Responsable d'Unité Médicale - Tél Secrétariat : 02.98.52.61.79 ou 02.90.94.42.16 - Courriel : v.devisme@ch-cornouaille.fr

www.ch-cornouaille.fr

RECHERCHE
un
ANESTHÉSISTE
pour intégrer l'équipe de 7 anesthésistes et poursuivre le développement de l'activité chirurgicale (orthopédique et traumatologique, viscérale et digestive, vasculaire, gynécologique).

Contact :
Direction des affaires médicales 02.96.05.71.19
abalcou@ch-lannion.fr


Centre Hospitalier
Pierre le Damany
• LANNION-TRESTEL •

Le Centre Hospitalier de l'Armor - Trestel - Côtes d'Armor - Bretagne




Candidatures :
Docteur PESCIOS
Tél : 01 30 75 43 33
Mail : marc.pescio@ch-pontoise.fr
Madame ACHALE
Tél : 01.30.75.40.95
Mail : nadege.achale@ch-pontoise.fr

→ Cause de départ en retraite
→ Recrute 2 PH d'anesthésie

Equipe de 20 PH + 42 IADE
Service validant pour le DES
13000 interventions par an
Toutes chirurgies sauf chirurgie cardiaque et neurochirurgie
13 salles par jour
Maternité niveau III

Garde maternité 1 senior, 1 interne, 1 IADE
Garde chirurgicale 1 senior 1 IADE

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

Situé sur l'autoroute A6 entre Lyon et Dijon, à 1h30 de Paris en TGV.
Dans une région agréable, réputée pour ses vignobles, sa gastronomie, son architecture, ses paysages variés.

RECRUTE ANESTHÉSISTES
pour renforcer son équipe de 9 praticiens


CENTRE HOSPITALIER
CHALON SUR SAÔNE
William Morey

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

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

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

www.ch-chalon71.fr

Pour tout renseignement, contacter :
Monsieur le Docteur MARIOTTE Jean-Louis - Responsable de service
Jeanlouis.mariotte@ch-chalon71.fr
Direction des Affaires Médicales
Tél : 03.85.91.01.54 - ginette.gilliers@ch-chalon71.fr

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





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

Pour tout renseignement, vous pouvez joindre :

- Docteur TESTON, Chef de service et Chef de pôle, 05 58 05 18 51 ou 06 16 44 44 84, philippe.teston@ch-mt-marsan.fr
- Madame BOUQUEREL, Directeur des affaires médicales, 05 58 05 10 20, aurore.bouquerel@ch-mt-marsan.fr ou affaires-medicales@ch-mt-marsan.fr

Le centre hospitalier de Mont-de-Marsan RECRUTE UN ANESTHÉSISTE

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**

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

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

- Plateau technique : TDM, IRM, Réanimation autonome, cardiologie, angioplastie, cancérologie, 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.

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



RECHERCHE ANESTHÉSISTES-REANIMATEURS

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

Pour tout renseignement, prendre contact avec :
Mr Alain TOUREZ, Directeur - Tel : 04 77 96 78 02 - dir.gen@ch-montbrison.fr
et Mr le Dr MILLOT, Président de la CME - Tel : 04 77 96 74 45 - l.millot@ch-montbrison.fr

www.ch-montbrison.fr



LE CENTRE HOSPITALIER DU MANS RECRUTE

→ **UN ASSISTANT**
→ **UN PRATICIEN HOSPITALIER ANESTHÉSISTES-REANIMATEURS**

Centre Hospitalier Général de 1715 lits et places, dont 1 048 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 :
Dr BILDEA, Chef du Pôle Urgences-Réanimation-Anesthésie : abildea@ch-lemans.fr
Dr LOTFI, Chef du Service d'Anesthésie : jelotfi@ch-lemans.fr
Mme GUILLOT, Direction des Affaires Médicales : aguillot@ch-lemans.fr

Site internet : www.ch-lemans.fr

Centre Hospitalier de DIGNE Les BAINS dans les Alpes de Hautes Provence (04)

Poste vacant d'anesthésiste réanimateur

Adresser CV et lettre de motivation par mail à :
M. F. RIGAL - Directeur
direction@ch-digne.fr (renseignements au 04 92 30 14 03)

Autres contacts :
Dr Philippe VALLET - anesthésiste chef de service : pvallet@ch-digne.fr
Dr Stéphane LEPERS anesthésiste : slepers@ch-digne.fr
(secrétariat anesthésie 04 92 30 16 19)

Description :
Poste vacant de praticien hospitalier anesthésiste réanimateur à compter du 1er janvier 2012.

Type de contrat :
Non Précisé.

Date de début du contrat :
01/01/2012.



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/MONTLIMAR/PRIVAS, nous définissons un objectif de 8 lits de Soins Intensifs Polyvalents (SIPO) complétés de soins continus et de réanimation et soins continus sur Montlímá.

Les soins intensifs polyvalents correspondent à la prise en charge des patients chirurgicaux, vasculaires, polypathologies, 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@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 périndurale.

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)
- Ophthalmologie (1 praticien intervenant)
- Gastro-entérologue (1 praticien)
- Obstétriciens (3 praticiens)



LE CENTRE HOSPITALIER DE PONTARLIER

Présentation de l'Etablissement : <http://www.ch-pontarlier.fr>

RECRUTE urgent

1 ANESTHESISTE-REANIMATEUR (Inscrit à l'Ordre des Médecins)



Pour tout renseignement contacter :

- Dr LECHENAULT Valérie, Chef de Pôle
- Dr FOGLIA Jean-Claude et Dr MOREL Daniel, Anesthésistes-Réanimateurs
- Mme QUERRY, chargée des Affaires médicales : 03 81 38 58 80 – c.querry@ch-pontarlier.fr

Adresser lettre de candidature + CV à :

Madame la Directrice
2, Faubourg St Etienne
BP 329
25304 Pontarlier cedex



Le Pôle urgence soins critiques plateau médico-technique
du CH d'Ajaccio

RECHERCHE 1 MAR

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

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

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

-Obstétrique : 1200 accouchements (peridurale 75%) (Bloc obstétrical récent 2 salles).
-Algologie (Implication dans la douleur aiguë).

15 IADE (1 IADE de garde sur place).

Un MAR de garde sur place en Anesthésie .

Espace de Consultation partagé avec l'Algologie .

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

Un MAR de Garde sur place en Réanimation.

TTA reconnu par l'institution depuis 2004.

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

Projet d'hôpital neuf à l'horizon 2017.

Activité partagée (Anesthésie Réanimation préférable mais non obligatoire).

Contactez
Affaires Médicales : 04 95 29 91 63
affmed.brigitte@ch-ajaccio.fr
Responsable Pôle : Dr B.Lecomte 06 85 55 79 61
bernard.lecomte@ch-ajaccio.fr



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

Cursus :

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

Mode d'exercice :

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

Responsabilité :

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

Statut :

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

Secteur d'activité :

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

Modifications intervenues dans votre établissement ces deux dernières années :

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

Cotisation Année 2012 :

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

Formulaire à retourner accompagné de votre règlement à :

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

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

UNE FIN D'ANNEE PRIMORDIALE POUR L'ACTION SYNDICALE

Vous recevez cette lettre syndicale en période d'élection aux commissions statutaires, qui ont lieu entre le 28 novembre et le 19 décembre.

Nous vous rappelons que le vote a lieu cette fois par voie électronique à distance par internet.

Une participation importante des praticiens hospitaliers est nécessaire pour montrer le caractère représentatif de nos mouvements vis-à-vis des administrations locales et des tutelles.

Cette année notre syndicat s'inscrit dans le cadre de l'alliance CPH/INPH et présente des candidats issus de et soutenus par ces deux inter-syndicales majoritaires au plan national. Ces candidats sont représentatifs des différents lieux et modes d'exercice des anesthésistes-réanimateurs hospitaliers.



Votez et faites voter pour les listes du SMARNU.

Mais l'action syndicale ne se limite pas à la participation aux instances, elle se traduit sur le terrain par le soutien apporté par notre mouvement aux praticiens en difficulté. Nous notons une augmentation des conflits portant sur la mesure et le paiement du temps de travail, sur les mutations et nominations, ainsi que des problèmes disciplinaires. Nous avons pu aider avec succès plusieurs de nos adhérents ou collègues.

Soutenez le SMARNU en adhérant et en participant activement à nos actions.