

**Défendre la chirurgie sans opérer, ni l'organiser serait mentir  
Opérer sans défendre la chirurgie, ni l'organiser serait faillir  
Organiser la chirurgie sans la défendre, ni opérer serait trahir**

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

## Sommaire

- Editorial du Président - P. 1
- Le bureau du SCH - P. 2
- La réorganisation des PDS/CDS - P. 3
- La plate-forme chirurgicale du SCH - P. 4 à 5
- L'accréditation des chirurgiens peut-elle tenir ses promesses ? - P. 6 à 7
- L'ouverture des établissements privés à la formation des internes : un danger ou une opportunité pour les CHU ? - P. 8
- Un interne en chirurgie et les stages en clinique privée - P. 9
- Les chirurgiens ont besoin d'IBODE correctement formés - P. 10
- Le SCH a lu pour vous - P. 11
- Bulletin d'adhésion - P. 11
- Les annonces de recrutement - P. 12 à 15

## Édit

**Chirurgiens Hospitaliers, l'année 2011/2012 va être rude ! Vous n'y arriverez pas tout seul. Offrez-vous un bouclier syndical !**



L'année 2011/2012 va être rude : la loi HPST va dérouler ses contradictions, les CMEs vont être renouvelées, les élections présidentielles vont probablement bloquer un certain nombre de décisions, la crise financière et économique va à nouveau gronder et s'abattre sur nos établissements...

Il va nous falloir franchir ces obstacles en défendant au mieux notre outil de travail, nos conditions de travail et surtout la qualité de notre travail. La chirurgie est une poutre maîtresse de nos établissements : sa fragilisation ou son externalisation se fera au détriment des patients certes chirurgicaux, mais également médicaux.

Les déficits publics vont forcer la société française à repenser son organisation sanitaire. Les responsables administratifs se heurtent au statut public des hôpitaux qui les gêne dans la restructuration qu'ils envisagent. Ils vont donc saper l'autorité médicale : la loi HPST est un bon début avec la suppression des services, une CME inexistante, un conseil de surveillance impuissant. Certes il y a le rapport « Fourcade » qui relève d'une consultation de psychothérapie !

Le démantèlement de notre outil de travail va donc continuer : la réorganisation des PDS sera un excellent bras de levier. Nos collègues du privé qui ont pourtant

des problématiques assez similaires vont être flattés par les ARSs. L'ouverture des centres privés à la formation des internes, qui sur le fond est tout à fait envisageable, saura être utilisée pour vexer, humilier, diviser l'hospitalisation publique. La catégorie la moins nombreuse, la plus dispersée, la plus hétérogène est bien celle des chirurgiens : la stratégie sera de nous transformer en officiers de santé, au service de nos employeurs avec des injonctions incontournables à diminuer les dépenses.

Ni nos sociétés savantes, ni nos collègues de spécialités ne pourront intervenir : il reste l'action syndicale pour faire entendre la voix de l'autorité médicale.

Mais cette action syndicale a très mauvaise presse parmi vous : la seule explication de votre retenue est la connotation péjorative de l'action syndicale, à contre-courant de l'individualisme chirurgical.

Parcourez notre sommaire : si nos préoccupations rejoignent les vôtres, laissez-vous aller et soutenez nous en adhérant au **SCH** (60 euros dont 40 remboursés en diminution d'impôt).

Et participez aux élections professionnelles en votant pour le **SCH**, membre de l'intersyndicale **Convergence - Hôpital Public**.

**Dr Bernard Lenot**  
Saint-Brieuc  
Président du SCH

### PRESIDENT

Bernard LENOT | [bernart.lenot@orange.fr](mailto:bernart.lenot@orange.fr)

### PRESIDENT - DELEGUE

Jean - Christophe PAQUET | [jcpaquetmd@yahoo.com](mailto:jcpaquetmd@yahoo.com)

### VICE - PRESIDENTS

Abdelhafid TALHA | [abtalha@chu-angers.fr](mailto:abtalha@chu-angers.fr)

Philippe LEBAUD | [philippe.lebaud@chd-vendee.fr](mailto:philippe.lebaud@chd-vendee.fr)

Alain SEGHIR | [A.Seghir@ch-cherbourg.fr](mailto:A.Seghir@ch-cherbourg.fr)

### TRESORIER

Laurent AGAY | [laurent.agay@voila.fr](mailto:laurent.agay@voila.fr)

### REDACTEUR EN CHEF

Abdelhafid TALHA | [abtalha@chu-angers.fr](mailto:abtalha@chu-angers.fr)

## Président



Bernard Lenot, Président,  
délégué Nord-Ouest  
Saint-Brieuc  
bernard.lenot@orange.fr

# Le bureau du SCH

## Président-délégué



Jean-Christophe Paquet,  
Président-délégué,  
délégué Ile de France  
Longjumeau  
jcpaquetmd@yahoo.com

## Vice-présidents



Abdelhaffid Talha,  
Vice-président,  
délégué Nord-Ouest  
Angers  
abtalha@chu-angers.fr



Philippe Lebaud,  
Vice-président,  
délégué Nord-Ouest  
chir.maxillofaciale@  
chs-vendee.fr



Alain Seghir,  
Vice-président,  
délégué Nord-Ouest  
Cherbourg  
A.Seghir@ch-cherbourg.fr

## Trésorier



Laurent Agay,  
Trésorier,  
délégué Sud-Est  
Manosque  
laurentagay@voila.fr

## Délégués



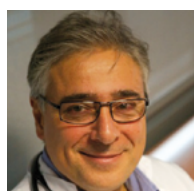
André Nazac,  
délégué Ile de France  
Kremlin-Bicêtre  
nazac@yahoo.com



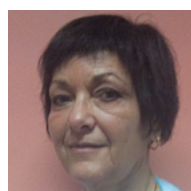
François Aubart,  
délégué Ile de France  
françois.aubart@wanadoo.fr



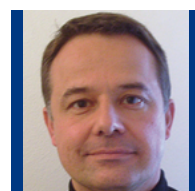
Alain Naouri,  
délégué Nord-Est  
Mâcon  
alnaouri@ch-macon.fr



Nicolas Santelmo,  
délégué Nord-Est  
Strasbourg  
nicolac.santelmo@chru-strasbourg.fr



Frédérique Tobiana,  
délégué Sud-Est  
Béziers  
frederique.tobiana@ch-beziers.fr



Charles Cervi,  
délégué Sud-Ouest  
Chatelleraut  
charles.cervi@ch-chatelleraut.fr

Directeur de publication :  
Abdelhaffid TAHLA

Editeur et régie publicitaire :  
Macéo éditions - 11, bd Ornano  
75018 Paris  
Directeur : M. Kamel TABTAB  
01 53 09 90 05  
maceoeditions@gmail.com

Imprimé à 6600 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.

# La réorganisation des PDS/CDS :

**La grande confusion est entretenue par l'administration sanitaire**  
**Soyez au clair sur la question : le SCH vous donne quelques repères**  
**Faites très attention à ce qui se passe dans votre région**

## Définition des PDS/CDS :

Les PDSES (Permanences De Soins des Etablissements de Santé) sont les soins dispensés aux patients extérieur à l'établissement. La CDS (Continuité Des Soins) sont les soins prodigués aux patients hospitalisés. La différence est de taille : la première est financée par des MIG (Mission d'Intérêt Général) provenant de l'ARS, la seconde est financée par la T2A, c'est-à-dire par l'établissement. Autrement dit, le traitement de l'occlusion sur bride de la personne âgée venant de chez elle sera financée par la MIG. Si elle est hospitalisée en médecine, elle sera financée par l'établissement. Si elle est hospitalisée dans le long séjour de votre établissement... Alors dans ce cas...

## Les horaires des PDS

Les gardes, « traditionnellement », commençaient à 18h ou 18h30 pour se terminer à 8h ou 8h30. Ainsi, la durée de travail de jour était de 10h, celle de nuit de 14h. (Ainsi, ceux qui sont organisés en demi-journée travaillent au maximum 50h hebdomadaires se rapprochant des 48h de ceux qui travaillent en temps continu).

Par décision unilatérale et incompréhensible, les enquêtes diligentées par la DGOS ont décidé que les PDSs commenceraient à 20h pour se terminer à 8h... C'est inacceptable car cela voudrait dire que la durée du travail de jour est de 12h, soit de 60h hebdomadaires, en contradiction avec les lois européennes de durée du travail.

Vous devez donc systématiquement refuser ce diktat dans les enquêtes qui vont réapparaître.

## La rémunération des PDS/CDS :

Historiquement, la rémunération des chirurgiens publics était la somme de leur salaire mensuel et de la rémunération de leur travail en astreinte ou garde. (La majorité des équipes chirurgicales était constituée de 2 à 3 chirurgiens, leurs disponibilités étaient permanentes pour se répartir « les gardes », 24h/24 et 365 jours par an). Ainsi, il y avait, dans l'esprit des chirurgiens mais aussi de l'administration qui les employait, une absence de différence entre la rémunération du travail de jour et celle des heures de travail de nuit effectuées en sus. Autrement dit, pour les jeunes chirurgiens qui acceptaient de prendre un poste hospitalier, la modicité de la rémunération des premiers échelons était atténuée par la rémunération des « gardes » qui était considérée comme un complément de salaire.

Le « management » de ces dernières années a fait disparaître la notion de rémunération « à la fonction » et l'a remplacée par celle du « temps de présence ». PDS et CDS ont remplacé « les gardes ». Les chirurgiens qui étaient, de par la nature de leur engagement, déjà au maximum de présence, ont été défavorisés par rapport à « d'autres spécialités plus postées ».

Ainsi, dans certains établissements de proximité, les PDSs seront remplacées

par des CDSs exposant les chirurgiens à une baisse de rémunération.

Oui à la réorganisation des PDSs sur un territoire de Santé, non à la diminution de la rémunération des chirurgiens.

## Le montant de la rémunération des PDSs

Les informations restent floues : Le SCH soutient une rémunération forfaitaire et refuse une rémunération à l'acte.

- Soit l'activité est très modeste et la PDS disparaît.

- Soit elle est importante et nécessite une garde sur place : elle équivaut à deux demi-journées de travail et est assortie de la prime d'assujettissement de 250 euros.

- Soit elle ne nécessite qu'une astreinte à domicile : et nous revendiquons une rémunération minimale de 250 euros forfaitaire, reconnue comme paiement d'heures de travail supplémentaires.

Soyez extrêmement vigilants : les « enquêtes » des ARS se multiplient. Certaines choses sont inacceptables. Nous vous encourageons à nous faire remonter toutes les informations concernant cette réorganisation. Votre rémunération future est en jeu. Ce n'est pas votre président de CME, ni votre société savante qui prendra **votre défense mais votre syndicat.**

# La plate-forme chirurgicale

Notre adage résume l'état d'esprit des chirurgiens du SCH : « opérer, défendre, organiser ». On y retrouve la notion d'engagement et de responsabilité des chirurgiens. Mais si nous avons tous des idées très arrêtées sur l'organisation de notre salle d'opération, dès qu'on s'élève pour rechercher des repères plus universels, la cacophonie s'installe.

Le SCH vous propose la plate-forme suivante :

## 1 - La reconnaissance de la spécificité de la pratique chirurgicale

La pratique de la chirurgie induit des spécificités qui lui sont propres : responsabilité et engagement individuel très poussé inclus dans un travail d'équipe.

« Travail d'équipe » en salle d'opération associant anesthésiste, lbodes, lades, mais également au bloc opératoire avec les cadres, pharmaciens, ingénieur biomédical et industrie. « Travail d'équipe » au sein de l'équipe chirurgicale comprenant l'organisation des PDSs, le partage d'expérience, et le soutien mutuel dans la prise en charge des patients et des complications, « Travail d'équipe » au niveau du territoire de santé : encore balbutiante, cette nouvelle organisation mettra à profit les dispositions du chirurgien au travail d'équipe.

Mais « Travail d'équipe » est toujours associé à un engagement individuel qui s'initie dans le colloque singulier avec le patient en consultation, se poursuit dans la réalisation de l'acte opératoire et la gestion de ses complications et se termine avec la guérison du patient ou sa surveillance à long terme selon les cas.

Cet engagement individuel ne peut pas être transmis ni partagé ni délégué dans une prise en charge chirurgicale ordinaire d'un patient.

En pratique, cette spécificité se traduira :

- Par la définition de **l'équipe chirurgicale** : qui peut-être, soit **complète** avec un chirurgien, un aide opératoire et un instrumentiste, soit **restreinte** avec un chirurgien et une aide opératoire/instrumentiste. Dans cette équipe opératoire, les lbodes doivent être reconnues comme ayant une spécialité au même titre que les lades. De plus, chaque spécialité chirurgicale a ses spécificités, qui nécessitent des compétences particulières. On ne doit pas se contenter d'une formation généraliste des lbodes, encore moins d'IDE « formée sur le tas ». La nécessité d'une formation continue des lbodes doit être reconnue. Elle doit être incluse dans leur temps de travail de l'ordre d'une demi-journée par trimestre. Cette formation continue peut être assurée au sein des établissements par les chirurgiens, cadres, pharmaciens, etc.

- Par la reconnaissance d'organisations spécifiques des services de chirurgie : le rythme, les contraintes, les délais décisionnels, les complications sont particuliers et nécessitent des équipes paramédicales et d'encadrement formées non seulement à cette spécialité, mais également aux différentes spécialités chirurgicales.

- Par ne pas accepter l'hospitalisation de malades médicaux dans les

services de chirurgie, définir la prise en charge idéale des patients médico-chirurgicaux par le chirurgien et l'anesthésiste ou à défaut un médecin de la spécialité médicale correspondante.

- Le regroupement des services de chirurgie au sein d'un même pôle : La loi HPST a bien souvent éclaté les services de chirurgie dans différents pôles, et exclu les chirurgiens de la gestion des blocs opératoires. Il est important de réimpliquer les chirurgiens dans la gestion des blocs, en partenariat avec les anesthésistes.

- Par une organisation professionnelle singulière illustrée au mieux par les PDSs/CDSs : les soins continus en chirurgie ne peuvent se concevoir qu'assurés 24h/24, 365 jours par an et non déléguables à d'autres professionnels de santé.

## 2 - Protection de la rémunération des chirurgiens publics

**La rémunération des PDSs/CDSs :**

Historiquement, la rémunération des chirurgiens publics était la somme de leur salaire mensuel et de la rémunération de leur travail en astreinte ou garde. (La majorité des équipes chirurgicales était constituée de 2 à 3 chirurgiens, leurs disponibilités étaient permanentes pour se répartir « les gardes », 24h/24 et 365 jours par an). Ainsi, il y avait, dans l'esprit



des chirurgiens mais aussi de l'administration qui les employait, une absence de différence entre la rémunération du travail de jour et celle des heures de travail de nuit effectuées en sus. Autrement dit, pour les jeunes chirurgiens qui acceptaient de prendre un poste hospitalier, la modicité de la rémunération des premiers échelons, était atténuée par la rémunération des « gardes » qui était considérée comme un complément de salaire.

Le « management » de ces dernières années a fait disparaître la notion de rémunération « à la fonction » et l'a remplacé par celle du « temps de présence ». PDS et CDS ont remplacé « les gardes ». Les chirurgiens qui étaient, de par la nature de leur engagement, déjà au maximum de présence, ont été défavorisés par rapport à « d'autres spécialités plus postées ». Ainsi, la différenciation des PDSs et des CDSs, en particulier de leur financement (PDSs par les MIGAC et CDSs par la T2A), expose les chirurgiens à une baisse de rémunération.

Le SCH sera vigilant pour que toute réorganisation des PDSs, à laquelle il souhaite que les chirurgiens soient associés, se fasse sans perte de salaire.

## La défiscalisation du revenu des heures supplémentaires :

Avant 2002, les chirurgiens étaient payés à la fonction. Depuis 2002, comme tous les PH, ils sont payés selon des tableaux de service. Ceux-ci définissent des temps de travail supplémentaire, en particulier lors des astreintes et des plages additionnelles. Nous souhaitons la reconnaissance de ce travail supplémentaire au travers de la loi TEPA.

## 3 - Promotion d'une chirurgie de haute qualité

**L'évaluation des pratiques professionnelles :**

Le SCH est convaincu que les patients, les administrations sanitaires ont le droit de connaître la qualité des soins dispensés dans les établissements de santé. Les sociétés savantes et l'HAS se sont engagées dans une démarche d'accréditation des chirurgiens. L'exigence de la tenue de RMMs va dans ce sens. Cependant, l'obtention d'une évaluation de qualité nécessite que les chirurgiens soient aidés dans cette politique d'évaluation par des moyens spécifiques de secrétariat ou d'ARC. Il y va de l'amélioration de leurs conditions de travail.

La formation continue des paramédicaux :

La pratique de la chirurgie est un travail d'équipe : il est indispensable que la formation continue des paramédicaux soit promue, au même titre que celle des chirurgiens.

## La formation des internes en chirurgie :

Un grand nombre de CHGs sont impliqués dans la formation des internes en chirurgie. Ceux-ci doivent être reconnus comme des co-opérateurs. Ils opèrent avec les chirurgiens. Ils ne doivent pas devenir les bouche-trous de défaillance organisationnelle des hôpitaux. Leur travail doit être accompagné de façon plus rigoureuse et plus participative.

Le projet d'hôpital de territoire :

Le SCH est convaincu que le projet de territoire est un bras de levier important pour la réorganisation des PDSs, pour un maillage performant de l'offre de soins, pour l'exploitation efficiente des plateaux techniques, pour le brassage des équipes médicales et paramédicales, pour la mise en place de réseau de soins.



# L'accréditation des chirurgiens par l'HAS peut-elle tenir ses promesses ?

Depuis 4 ans, l'HAS s'est lancée dans une démarche d'accréditation des spécialités médicales à risques, dont la chirurgie. Démarche louable dans sa finalité, elle a écarté deux structures existantes du contrôle de la qualité de la formation continue des médecins : l'Université qui assure la formation des étudiants et la spécialisation des internes et le Conseil de l'Ordre qui enregistre les diplômes et donne la qualification administrative des médecins. Pour asseoir son autorité et faire avancer les médecins dans cette démarche, elle valide annuellement cette accréditation autorisant alors le remboursement partiel de l'assurance professionnelle. L'HAS s'appuie sur les sociétés savantes des « spécialités à risques » et c'est bien. (Il faudra un jour définir les rôles et fonctions de chacun, car les recouvrements de mission deviennent de plus en plus fréquents, mais là n'est pas mon propos).

Elle peine, malgré les efforts permanents de ses promoteurs à acquérir une réelle autorité. L'HAS doit impérativement intégrer dans sa réflexion les freins à une saine intégration de cette accréditation

afin qu'elle ne se désintègre pas sous les coups de butoir de la réalité. Pour notre spécialité chirurgicale, la portée de cette accréditation est actuellement dérisoire face à notre réalité hospitalière :

## 1 - le hiatus entre « l'accréditation » vue par la direction administrative et l'accréditation des chirurgiens :

Le noyau dur de la démarche d'accréditation des chirurgiens est, par exemple pour les chirurgiens thoraciques, l'intégration du dossier de chaque patient opéré (du bilan pré-opératoire au suivi à long terme) dans une base de données nationale appelée « Epithor ». La tenue de cette base de données nécessite un temps de saisie, une rigueur permanente que les chirurgiens seuls ne peuvent assumer sereinement. Une aide administrative (temps de secrétariat, temps d'ARC, implication de la cellule qualité, etc.) permettrait, outre la reconnaissance institutionnelle de l'importance de cette démarche, une bonne tenue de cette base de données. Or, la seule démarche d'accréditation reconnue par les établissements est celle pour lesquels des moyens humains, matériels et financiers colossaux sont investis

pour accoucher de « souris », les vrais problèmes étant souvent occultés selon l'importance politique de l'établissement.

Il apparaît important que les directions administratives des établissements soient sensibilisées à cette « autre accréditation » et qu'elles reçoivent des injonctions administratives pour la soutenir de façon effective. L'institution de moyens ciblés, ou d'une ligne budgétaire, seraient la garantie d'une reconnaissance effective. La réponse ministérielle de l'inclusion dans la T2A du financement des évaluations médicales n'est pas recevable.

## 2 - la perte de compétence des Ibodes et l'absence d'exigence sur leur formation :

La réorganisation des blocs opératoires imposée par le ministère, avec la « Meah » comme levier, a écarté de sa logique les exigences chirurgicales. Les effets collatéraux sont nombreux (un bilan serait souhaitable). La transversalité des Ibodes est un des piliers de cette réorganisation : de l'orthopédie avec ses multiples ancillaires, à l'endovasculaire, en passant par la coelioscopie

et l'ophtalmologie, il est aisé de comprendre qu'un même Ibode ne peut pas assurer avec pertinence toutes ces spécialités. Leur spécificité n'étant pas reconnue (contrairement aux lades), les Ibodes font ce qu'ils peuvent, mais avec un engagement qu'ils relativisent de plus en plus. La perte de pertinence de cette assistance chirurgicale se reporte sur le chirurgien qui doit compenser en augmentant sa vigilance sur ses aides au détriment du déroulement de l'acte opératoire. Cette déviance d'attention du chirurgien est cause d'« Événements Porteurs de Risques ». Nier l'importance de la formation des Ibodes et l'effet délétère de leur polyvalence relève de la mauvaise foi.

## 3 - le point de rupture entre l'activité administrative chronophage et le cœur de notre métier :

Le retard de certains dans leur démarche d'accréditation (moi, le premier...) est peut-être lié à la fatigue : 70 heures hebdomadaires dans la contrainte et le combat permanent (autres que ceux imposés par les patients, la réalisation et le suivi des actes opératoires, les urgences et les consultations) amputent d'une grosse dose d'enthousiasme pour

la démarche d'accréditation.

## 4 - la bascule constante des impératifs organisationnels dans « la hotte » des chirurgiens :

L'organisation d'un service de chirurgie étant, par nature centrée sur l'acte opératoire, toutes les évolutions organisationnelles finissent sur les épaules du chirurgien : information du patient, informatisation du dossier médical, check-list, codage des actes, flexibilité de la gestion des salles opératoires, prescriptions post-opératoires, sans parler de la pénurie du temps anesthésique qui encourage nos collaborateurs à se désengager du suivi médical de nos patients âgés poly-pathologiques. Les chirurgiens commencent à se lasser de la perte de reconnaissance des spécificités de la chirurgie et perçoivent une contradiction flagrante entre les objectifs légitimes d'amélioration de la qualité par l'HAS et l'ignorance de la dégradation de leurs conditions de travail, délétaire pour cette qualité recherchée.

## 5 - la réorganisation des PDSs/CDSs qui va se faire au désavantage des chirurgiens :

C'est une problématique de politique sanitaire majeure. On sent qu'elle piétine.

Les enjeux sont grands pour chaque établissement, pour chaque chirurgien et in fine pour la population. Sa réussite ne peut se faire que dans la concertation avec des objectifs clairement annoncés afin d'obtenir un engagement de chaque chirurgien. On craint que l'obsession d'économie fasse passer cette réorganisation de façon unilatérale. Si cette révolution sanitaire échoue, on observera une dégradation de la prise en charge des urgences chirurgicales, au regard de laquelle l'accréditation des chirurgiens apparaîtra bien seconde.

L'HAS ne peut pas justifier sa promotion de la qualité en s'appuyant uniquement sur l'accréditation des chirurgiens. Elle doit porter son attention sur les EPRs qui remonteront vers elle au travers de ces 5 éclairages que le SCH lui propose : financement spécifique de l'évaluation médicale, reconnaissance de la spécificité des Ibodes, gouvernance administrative chronophage, conditions de travail des chirurgiens et organisation des PDSs.

**Dr Bernard Lenot**  
Saint-Brieuc  
Président du SCH

# L'ouverture des établissements privés

## à la formation des internes : un danger ou une opportunité pour les CHU ?

**La loi HPST a ouvert une brèche dans le monopole de la formation des internes, détenu par les CHU. Les centres privés vont pouvoir demander un agrément que la Faculté ne pourra refuser que sur une argumentation. À terme, les centres privés seront agréés. Est-ce un danger ou une opportunité pour les CHU ?**

L'université de médecine traverse une crise existentielle. Les charges qui pèsent sur les épaules des universitaires, surtout sur ceux qui s'engagent à animer les Facultés, sont disproportionnées. Les réformes se multiplient, bien souvent imposées : organisation de la PAES (Première Année des Etudes de Santé), chapeautage universitaire des IFSI (Institut de Formation des Soins Infirmiers), etc. L'ouverture des établissements privés à la formation des internes met en cause l'équilibre et la dynamique des CHU. Le désarroi des enseignants est compréhensible face à cette responsabilité incontournable de répondre aux demandes d'agrément, qui peut être ressentie comme suicidaire : cet agrément vient frapper le cœur du cœur de l'engagement professionnel des uni-

versitaires en autorisant les internes à aller se former dans les structures dont une des finalités est de damer le pion à l'hôpital public en général et aux universitaires en particulier.

En interrogeant les internes de chirurgie sur l'intérêt d'aller voir ce qui se passe dans les centres privés, la réponse fuse : « oui, bien sûr ! ». La raison première : les internes souhaitent être correctement formés pour affronter la prise en charge des patients. Qu'importe la structure. Cet objectif est parfois partiellement rempli par l'hôpital public. De plus, il existe un décalage croissant entre les objectifs universitaires de recherche et l'aspiration des internes en chirurgie, un décalage entre l'investissement d'un parcours universitaire et le résultat : l'image véhiculée par le monde universitaire est grise, austère, frustrante et dévalorisée.

Ces demandes d'agrément peuvent être l'occasion au CHU de faire un travail d'introspection et de retrouver une certaine autorité.

Ces autorisations doivent être données à des individus et non à des structures :

ces dernières ont par définition, une finalité lucrative incompatible avec les objectifs de formation et incontrôlable par l'université. Par contre, les médecins libéraux ne peuvent pas être réduits à cette seule dimension lucrative et la majorité de ceux que nous connaissons sont d'excellents professionnels, le plus souvent nostalgiques et respectueux de leur période de formation. Ils sont prêts à accueillir un interne motivé par sa formation. Ces autorisations doivent avoir un cahier des charges que les universitaires doivent définir précisément avec par exemple : staff hebdomadaire, revue de morbi/mortalité, définition d'objectifs pédagogiques personnalisés pour le semestre, évaluation de l'interne à deux mois, puis en fin de stage en coopération avec le responsable de la filière de formation.

Ces exigences demandées aux structures privées devront être appliquées à toutes les structures publiques accueillant des internes : CHG, CHU, hôpitaux PSPH. Elles redonneront aux universitaires une autorité légitime en les recentrant dans le cœur de leur métier : la formation des médecins de demain.

# Un terrain de stage

## dans le secteur libéral pour les internes en chirurgie ?

Internes en chirurgie nous entendons parler depuis plusieurs années de l'éventualité de réaliser un ou plusieurs semestres de notre internat dans une structure hospitalière libérale, mais sans que cela ne se mette réellement en place.

Dans certains CHU il existe déjà des terrains de stage en cliniques mutualistes ouverts aux internes. La constatation est qu'à chaque choix de stage ce sont les plus anciens internes qui choisissent ces stages, la réputation de la qualité de l'apprentissage étant garante de ce choix.

Avec l'augmentation du numerus clausus, les internes sont de plus en plus nombreux chaque année dans les promotions, et cependant le nombre de terrains de stage n'augmente pas en conséquence, tout comme le nombre de postes de chefs de clinique ou d'assistants hospitaliers par ailleurs.

Il en résulte qu'on se retrouve parfois à 5 ou 6 internes dans un service qui auparavant faisait l'enseignement de 2 ou 3 internes. De ces constatations il est facilement compréhensible que l'accès au bloc opératoire soit de plus en plus réduit, que le compagnonnage, garant de notre apprentissage, en soit moins

aisé puisque nos seniors mettent plus de temps à nous connaître, à évaluer nos capacités et à nous faire confiance, et qu'en conséquence notre formation technique et théorique nous semble parfois de moindre qualité que ce qu'elle a pu être.

**Quelle pourrait être la solution face à un nombre en permanence croissant d'internes et un nombre de terrains de stages agréés n'augmentant pas ?**

Et bien peut-être la réalisation de stages pratiques en structures libérales.

Il est d'ailleurs étonnant, alors que 80% d'entre nous exerceront en structures libérales, de voir qu'aucunement lors de nos 5 années de formation nous n'ayons accès à cet univers.

D'autre part, il est toujours bon et stimulant d'avoir 2 structures différentes prêtes à nous accueillir, il y a fort à parier que cette « petite » mise en concurrence entre secteur public et privé soit bénéfique quant à la qualité des stages. En effet, s'il est constaté par les internes que les stages en clinique sont plus enrichissants que ceux du secteur public, notamment si on laisse davantage de responsabilités aux internes, davantage de temps opératoire, plus d'autonomisation et plus de reconnaissance, alors

ces stages seront pris en premier lors des choix. Si par contre les stages en CHU ou CH sont les plus intéressants et les plus formateurs ils feront toujours partie des premiers choix des internes. Il existe beaucoup de chirurgiens exerçant en clinique qui seraient prêts à accueillir des internes, non pas pour leur faire remplir les papiers de sortie ou servir de « petites mains » car ils savent que s'il en était ainsi les internes ne choisiraient pas forcément ces stages en premier, mais bel et bien pour leur apporter un enseignement, pouvoir partager leur expérience, discuter ensemble de dossiers cliniques compliqués, accompagner chaque jour l'interne dans l'apprentissage de son métier.

Alors, à quand l'ouverture de ces nouveaux terrains de stage ?



**Dr Geneviève Boudry**  
CHU de Rennes  
Interne en chirurgie



# Les chirurgiens ont besoin d'Ibodes correctement formés !



« Je pensais que j'y arriverai quand même ! Bien sûr je n'avais pas d'instrumentiste et l'« Ibode-aide-opérateur » ne connaissait pas l'ancillaire du matériel d'ostéosynthèse... »  
« J'étais furieuse : on m'avait fait assister par deux infirmières qui n'avaient jamais fait de coelioscopie... »

Les « Événements Indésirables Graves » qui s'en suivirent seront subis par les patients et assumés par les chirurgiens concernés. Mais comment en sommes-nous arrivés là ?

Il y a trois ans, les Ibodes ont tenté de se mobiliser pour faire reconnaître les particularités de leur profession : l'indifférence des chirurgiens envers leurs plus proches collaborateurs a simplifié l'attitude du ministère qui a refusé la reconnaissance de leur formation.

La confusion de la situation actuelle autour du statut des Ibodes permet aux gestionnaires des blocs opératoires de mettre en poste des IDEs sans formation spécifique, cette dernière se faisant sur « le tas ». Mais la pratique de la chirurgie est confrontée au réel, et la mise en place de personnel sans formation conduit aux EIGs relatés.

Le SCH reconnaît que la situation actuelle n'est pas saine. Il demande au ministère que les travaux interrompus l'an dernier sur les spécificités de la profession des Ibodes soient repris.

Le SCH reconnaît que les Ibodes ont une compétence spécifique dans les secteurs suivants :

- La stérilisation chirurgicale ;
- La gestion de l'environnement d'une salle d'opération ;
- L'instrumentation des actes chirurgicaux ;
- L'aide opératoire ;
- Le travail en équipe dans l'environnement particulier d'une salle d'opération qui concentre dans une même unité de lieu et de temps, une succession ininterrompue de gestes thérapeutiques invasifs, agressifs et dangereux.

Toutes ces spécificités sont actuellement enseignées au mieux dans les écoles d'Ibodes. Cependant, l'absence de reconnaissance institutionnelle et financière du statut d'Ibode conduit à la désaffection des infirmières pour cette formation. Ainsi s'explique la détérioration actuelle de l'équipe péri-opératoire qui assiste les chirurgiens.

Le SCH demande à tous les chirurgiens de maintenir leur exigence d'excellence de leur environnement opératoire en soutenant de façon effective les Ibodes qui les accompagnent.

Le SCH encourage les chirurgiens à déclarer tous les EPRs faisant intervenir la dégradation de leurs équipes opératoires.

Le SCH souhaite être associé aux démarches en vue de la reconnaissance du statut spécifique des Ibodes.

**Défendre la chirurgie sans opérer ni l'organiser serait mentir  
Opérer sans défendre la chirurgie, ni l'organiser serait faillir  
Organiser la chirurgie sans la défendre, ni opérer serait trahir**

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

# Le SCH a lu pour VOUS



## La philosophie de la chirurgie

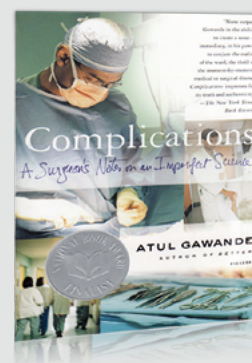
René Leriche, éditions Flammarion

Epuisé bien sûr, mais accessible en occasion sur les sites Internet

Ce petit essai de réflexion sur la chirurgie et le chirurgien, écrit en 1950, est tout à fait surprenant : bien sûr, certains passages font sourire par leurs désuétudes mais ils sont assez rares. Par contre, lorsque René Leriche entrevoit le

retour de l'anesthésie loco-régionale, qu'il défend les petites incisions par respect de l'intégrité corporelle des patients, qu'il plaide pour l'information des patients et interpelle les chirurgiens sur les conséquences de leurs choix thérapeutiques dans le vécu quotidien du patient, on ne peut que s'incliner devant tant de pertinence de sa réflexion.

Cela se lit facilement et le décalage du propos à 60 ans de distance est modeste.



## Complications: A surgeon's notes on an imperfect science

Atul Gawande, éditions Picador

Si votre niveau d'anglais est hérité de votre formation scolaire, vous pouvez vous plonger sans crainte dans ce livre de 269 pages dont les plus intéressantes, du point de vue professionnel sont les 100 premières. Atul Gawande, né en

1965, est chirurgien endocrinologue à Boston. Dans cet ouvrage, il fait une analyse très fine sur la formation des internes, sur la place de l'intelligence artificielle dans nos décisions, sur nos attitudes dans les congrès de chirurgie. Le plus émouvant est : « when good doctors go bad... »

(L'application « traducteur Larousse » pour Iphone est superbe...)



## Ces histoires insolites qui ont fait la médecine

Jean-Noël Fabiani, éditions Plon

Quel conteur ce Fabiani ! Il nous promène pour notre plus grand plaisir sur la place d'Athènes : nous pointerons le nez à l'entrée de la grotte de Saint Antoine, puis un petit saut dans l'Italie de la Renaissance. Nous examinerons l'arrière-train de Louis XIV, parcourrons la campagne anglaise avant

de souffrir dans les campagnes napoléoniennes. Nous terminerons comme par hasard dans le bloc opératoire de chirurgie cardiaque de l'hôpital Broussais de Paris.

C'est bien écrit ; c'est érudit et profondément humaniste. Ces moments de lecture feront plaisir à tous : médecins, chirurgiens et patients... Merci Monsieur Fabiani.

## Bulletin d'adhésion au Syndicat des Chirurgiens Hospitaliers

Nom : .....  
Prénom : .....  
Date de naissance : .....  
Adresse professionnelle : .....  
Téléphone : .....  
Adresse mail : .....  
Spécialité : .....

Je déclare adhérer au Syndicat des Chirurgiens Hospitaliers et m'acquiesce de ma cotisation 2011, par un chèque bancaire de 60 euros au Trésorier qui me fera parvenir un reçu me permettant de diminuer de 40 euros mon impôt sur le revenu.

**Chèque et bulletin à retourner à :**  
Dr Laurent Agay, service de chirurgie digestive  
CH de Manosque, rue Léon Mure  
04100 Manosque

**SCH**  
SYNDICAT DES  
CHIRURGIENS  
HOSPITALIERS

Ce numéro du Scialytique vous a plu ? Les sujets traités ont rejoint vos préoccupations ?

Vous souhaiteriez que l'on approfondisse une question.

Vous avez des critiques, des suggestions, des désaccords ou des propositions.

Envoyez-les par mail à votre délégué de région et à nous-mêmes.

Cordialement,

Dr AbdelHafid Talha, rédacteur en chef  
Dr Bernard Lenot, président du SCH

## Les annonces de recrutement

<http://www.hospices-de-beaune.tm.fr/> **LES HOSPICES CIVILS DE BEAUNE RECRUTENT** Poste disponible à compter du 1er novembre 2011

### un ophtalmologiste temps plein

L'établissement compte 515 lits et places, répartis dans des services de MCO (211 lits), de Moyen séjour, et d'EHPAD. Il dispose d'un plateau technique moderne disponible H24. Etablissement dynamique dans une zone géographique privilégiée (Lyon 1h, Paris 2h)

L'unité d'ophtalmologie est un service, dépendant d'un pôle comprenant en outre un service de chirurgie orthopédique et traumatologique, un service de chirurgie viscérale, digestive et urologique, un service d'ORL avec une unité de rééducation de la voix pour laryngectomisés, un service de gynécologie-obstétrique et un service de pédiatrie.

Existence d'une unité de soins intensifs de 6 lits et de 11 postes de SSPI.

Effectif d'ophtalmologie :  
- un poste de Praticien Hospitalier objet de la présente publication, avec fonctions de Chef de Service  
- un Praticien libéral intervenant en « structure d'hospitalisation particulière »  
L'activité du Praticien Hospitalier d'ophtalmologie comporte  
- des consultations externes  
- une activité chirurgicale, essentiellement en Hôpital de jour

Effectif de 7 Praticiens Hospitaliers d'anesthésie-réanimation, couvrant également le service de soins intensifs.

Les Hospices Civils de Beaune sont aussi un Institut de Formation (filiale IDE et AS), un domaine viti-vinicole (61 hectares) donnant lieu à la célèbre Vente des Vins des HOSPICES, un monument historique, l'Hôtel Dieu, recevant plus de 400 000 visiteurs par an.

Les renseignements peuvent être pris auprès de :  
• M. François HOHWEILLER, Directeur-Adjoint Chargé des Ressources Humaines et des Affaires Médicales, 03.80.24.44.01 - [francois.hohweiller@ch-beaune.fr](mailto:francois.hohweiller@ch-beaune.fr)  
• Mme Daisy ANDRE, Attaché d'Administration Hospitalière 03.80.24.44.38 - [daisy.andre@ch-beaune.fr](mailto:daisy.andre@ch-beaune.fr)

Les candidatures, accompagnées d'un curriculum vitae détaillé et d'une lettre manuscrite, devront être adressées à :  
Monsieur le Directeur - Hospices Civils de BEAUNE  
Avenue Guigone de Salins - BP 40104  
21203 BEAUNE CEDEX

**Polyclinique du Val de Sambre** Recherche d'un 4<sup>ème</sup> praticien Gynéco-Obstétricien

La Polyclinique du Val de Sambre est localisée à Maubeuge, route de Mons, à 20 kms de Mons.

Elle dispose de 147 lits et places de chirurgie, médecine et obstétrique. La Clinique assure également des soins de suite et de réadaptation, et gère un service d'hospitalisation à domicile. Les spécialités pratiquées sont : cardiologie, pneumologie, gastro-entérologie, chirurgie digestive, chirurgie gynécologique, chirurgie de l'obésité, chirurgie urologique, chirurgie orthopédique, de la main, chirurgie rachis, ORL, ophtalmologie et stomatologie.

Le service d'obstétrique comprend 21 lits avec une activité d'environ 950 accouchements par an. L'équipe médicale est composée de 3 gynéco-obstétriciens et 3 pédiatres, exerçant tous à titre libéral. L'équipe d'anesthésie assure une garde sur place.

Dans le cadre de son développement et du renouvellement de son équipe médicale, la Polyclinique du Val de Sambre recherche son 4<sup>e</sup> praticien en gynéco-obstétrique. Il pourra développer une activité de chirurgie gynécologique, plus particulièrement en cancérologie.

Conditions d'installation sur place en cabinet intéressantes, exercice à titre libéral avec revenus supérieurs à la moyenne nationale.

Pour les personnes pouvant être intéressées, vous pouvez écrire ou contacter :  
Mr ZIEGLER, Directeur, Clinique du Val de Sambre, 162 route de Mons, 59600 MAUBEUGE. Tél : 03.27.69.81.70 | E-mail : [secretariat.direction@polycliniquedevaldesambre.fr](mailto:secretariat.direction@polycliniquedevaldesambre.fr)

**Kaducé Conseil** Leader du recrutement de Médecins en France, vous propose ses opportunités en **CHIRURGIE** :

Postes salariés et installations libérales sur toute la France  
Fort potentiel d'activité, plateaux techniques de pointe

Kaducé Conseil vous accompagne également dans votre recherche de confrères et d'associés

Pour en savoir plus, contactez nous en toute confidentialité au 01 46 89 08 05  
Par mail : [recrutement@kaduce.fr](mailto:recrutement@kaduce.fr)  
Consultez toutes nos opportunités sur notre site internet : [www.kaduce.fr](http://www.kaduce.fr)

**Centre Hospitalier de Bagnols-Sur-Cèze** GARD - LANGUEDOC ROUSSILLON (Avignon TGV à 30 minutes)

**recrute 1 PRATICIEN HOSPITALIER** en Chirurgie Générale et Digestive

Avec un plateau technique complet : SU - Surveillance Continue  
Imagerie Médicale / Scanner / IRM  
Autorisation Chirurgie du Cancer (digestif et sein)

Contacteur :  
Docteur Alexandre Pissas,  
Chef de Service  
Tel : 04 66 79 10 17  
[secret-chira@ch-bagnolssurceze.fr](mailto:secret-chira@ch-bagnolssurceze.fr)  
Béatrice Domenges,  
Directeur Adjoint  
Tel : 04 66 79 10 00  
Fax : 04 66 79 11 92  
[direction@ch-bagnolssurceze.fr](mailto:direction@ch-bagnolssurceze.fr)

**Centre Hospitalier de Decize** Pour compléter ses équipes, le centre hospitalier de Decize recrute :

- un chirurgien viscéral à orientation urologique
- un médecin anesthésiste
- un chirurgien gynécologue.

Le centre hospitalier de Decize propose aux nivernais de nombreuses spécialités médicales :  
- l'hépatogastro-entérologie (endoscopies, coloscopies, fibroscopies afin de détecter le cancer colorectal).  
- la cardiologie (pose de pacemakers, épreuves d'efforts et holter)  
- la pneumologie spécialisée dans la fibroscopie bronchique, l'exploration fonctionnelle et le traitement de l'apnée du sommeil  
- la cancérologie, qui dispose d'un service qui coopère par convention avec le centre Georges François Leclerc de Dijon pour la chimiothérapie  
- la chirurgie orthopédique et viscérale  
- des consultations spécialisées dans différentes disciplines chirurgicales sans oublier la rhumatologie, dermatologie, ORL, ophtalmologie, gynécologie, gériatrie, consultations mémoire, anesthésie, diététique  
- un service d'imagerie médicale numérisé qui dispose notamment d'un scanner

Le centre hospitalier de Decize assure les urgences et travaille par conventions avec le CHU de Dijon et de Clermont Ferrand, ainsi qu'avec les hôpitaux de Moulins et de Nevers.

L'établissement dispose également d'un SMUR qui rayonne dans tout le sud nivernais, en partenariat avec le Samu 58.

Merci d'adresser les candidatures à :  
Monsieur le Directeur  
74, route de Moulins  
58302 DECIZE Cedex  
Tél : 03 86 77 78 79

**MontRavel Santé** Conseil en Recrutement de Dirigeants et Cadres

70 boulevard Magenta  
75010 PARIS

Recherche de 2 chirurgiens de la main

Nous sommes un Cabinet de conseil dédié au recrutement de médecins, dirigeants et cadres pour les établissements de santé.

Nous recherchons **deux chirurgiens** de la main pour :

Un pôle privé important situé dans le grand ouest.  
→ Renforcement de l'équipe des chirurgiens  
→ Aide à l'installation  
→ Excellente entente entre praticiens  
→ Cadre de vie très agréable

Pour de plus amples informations, nous vous invitons à nous contacter :  
• Par mail à [candidature@montravelsante.fr](mailto:candidature@montravelsante.fr)  
• Par téléphone :  
Mme Marie Christine DELANNOY, consultante, 06.13.80.59.52  
Mme Christine PARLANGE, consultante, 06.37.49.60.49.





## Centre Médico Chirurgical de Tronquières

un établissement du Groupe Vitalia

**Importante Clinique du Centre de la France, recherche dans le cadre de son développement :**

- **UN CHIRURGIEN VISCÉRAL**
- **UN CHIRURGIEN GYNÉCOLOGUE**
- **UN ORL**
- **UN PNEUMOLOGUE**
- **UN ANESTHÉSISTE-RÉANIMATEUR**

Clinique polyvalente, présentant un plateau technique de grande qualité : activité chirurgicale variée (orthopédie, urologie, digestif, vasculaire, ophtalmologie, gastro-entérologie, ORL, etc.), unité de réanimation agréée, service de surveillance continue, service de médecine générale, centre de rééducation, centre de dialyse, etc.

Centre référent sur le territoire dans le cadre de la prise en charge du cancer : autorisation de chirurgie carcinologique, centre de radiothérapie, chimiothérapie ambulatoire, etc.

Centre de médecine nucléaire, unité d'imagerie avec scanner sur site.

Extension de la Clinique en cours de réalisation.

Site internet : [www.vitalia-tronquieres-aurillac.com](http://www.vitalia-tronquieres-aurillac.com)

*Qualité de vie assurée et condition d'installation à négocier.*

Contact :

Monsieur Romain AURIAC, Directeur,  
83, avenue Charles de Gaulle BP 349  
15003 AURILLAC Cedex  
[rauriac@groupe-vitalia.com](mailto:rauriac@groupe-vitalia.com)  
04.71.45.43.37

## CENTRE HOSPITALIER OLORON STE MARIE (Pyrénées Atlantiques)



## RECRUTE CHIRURGIEN

➔ **SPECIALITE : GENERALE, VASCULAIRE, DIGESTIVE**

**(poste à pourvoir 1er trimestre 2012)**

Le Centre Hospitalier d'Oloron est un établissement disposant de 320 lits (sur deux sites)

**Maternité – Médecine – Chirurgie  
Réanimation (6lits) – Surveillance  
Continue (4 lits) – SSR – Médecine  
Gériatrique – USLD – EPHAD**

Assurant les urgences 24 h / 24 h  
Bloc Opératoire (8 salles)  
et 1 Scanner

**Pour tout renseignement merci de contacter :**  
Mr GIZOLME - Directeur au 05 59 88 30 30

**Ou adresser un CV et une lettre de motivation à :**  
Monsieur le Directeur  
CH OLORON  
BP 160  
64400 OLORON SAINTE MARIE

**Email :**  
[philippe.gizolme@ch-oloron.fr](mailto:philippe.gizolme@ch-oloron.fr)  
ou [isabelle.ferreira@ch-oloron.fr](mailto:isabelle.ferreira@ch-oloron.fr)



## LE CENTRE HOSPITALIER DE BRIVE RECRUTE DES CHIRURGIENS

Deuxième établissement de santé du Limousin et premier établissement de la Corrèze, le Centre Hospitalier de Brive est au centre d'un bassin de population en pleine expansion de plus de 200 000 habitants.

Brive la Gaillarde : 55 000 habitants, capitale économique du bas Limousin, située au carrefour autoroutier Paris-Toulouse → Lyon-Bordeaux.

Aéroport à proximité (liaisons nationales et européennes).

Cette ville est à deux heures de route de Toulouse, Bordeaux et Clermont Ferrand et à 50 minutes de Limoges.



Distante de 15 Km des départements de la Dordogne et du Lot, elle est située dans une région touristique particulièrement appréciée pour son cadre de vie, sa vie culturelle et sportive.

Brive est communément dénommée le « riant portail du midi » en raison de son climat agréable.

Le Centre Hospitalier de Brive est un établissement dynamique de 624 lits et places avec de nombreux projets en cours. Son offre de soins est large. Il présente en effet une palette complète de services et de missions sanitaires tant en médecine, pédiatrie, chirurgie, obstétrique qu'en rééducation fonctionnelle, soins de suite, psychiatrie adulte et enfant. Il dispose par ailleurs d'un secteur médico-social dans les champs gériatrique et addictologique. Il est aussi le siège d'un service d'accueil des urgences.

Pour l'accomplissement de ses missions de service public, il est doté d'un plateau technique complet : un bloc opératoire rénové avec 9 salles d'intervention et 5 salles d'obstétrique, 14 lits de réanimation polyvalente, un plateau d'imagerie complet (IRM, scanner, mammographie...).

Sa place centrale dans l'offre de soins hospitalière est d'autant plus assurée qu'il est reconnu dans le SROS du Limousin en tant que référent départemental pour l'oncologie (radiothérapie, chimiothérapie, chirurgie, 3C), le traitement de l'insuffisance rénale et la réanimation. Certifié V 2010, il conduit une politique qualité de façon continue et concertée.

Son activité s'est traduite en 2010 par plus de 187 201 journées réalisées avec un taux d'occupation de près de 91%. En outre, près de 175 353 consultations y ont été dispensées et plus de 30 000 passages aux urgences y ont été enregistrés.

Avec 1 001 naissances, l'établissement dispose de la 1ère maternité du département, avec un projet de développement de l'activité femme-enfant.

### RECHERCHE

**Des Chirurgiens Orthopédistes** pour développer l'activité de chirurgie orthopédique (38 lits).  
Possibilité d'activité libérale.

Pour tous renseignements contacter :

- Le docteur CHEVALLIER, président de CME - tel : 05-55-92-60-13
- Le docteur ZAHMOUL, chef de service - tel : 05-55-92-60-23

**Un Gynécologue Obstétricien** pour son service de gynécologie obstétrique comprenant 26 lits au sein d'une maternité de niveau 2 réalisant 1000 accouchements. Un projet d'extension de la maternité devrait permettre d'atteindre rapidement 1 800 à 2 000 accouchements par an.

Par ailleurs possibilité d'exercice sur site de l'activité de chirurgie carcinologique.

Possibilité d'activité libérale.

Pour tous renseignements contacter :

- Le docteur CHEVALLIER, président de CME - tel : 05-55-92-60-13
- Le docteur COLASSON, chef de service - tel : 05-55-92-60-81

Candidatures à adresser à :

Monsieur DELIVET, Directeur du Centre Hospitalier de Brive - Boulevard du Docteur Verlhac- BP 70432-19312 BRIVE Cedex  
Tel : 05-55-92-60-01 - Mail : [direction-generale@ch-brive.fr](mailto:direction-generale@ch-brive.fr)





Du 28 novembre 14h au 19 décembre 2011 vous, chirurgiens hospitaliers temps plein et temps partiel, devez voter pour désigner vos représentants à la Commission Statutaire Nationale et au Conseil de Discipline.

**VOTEZ !** Chaque voix compte pour montrer notre force et donc votre représentation ! Voici l'occasion unique de réaffirmer et de défendre l'indépendance professionnelle face à une administration omnipotente.

### **Chirurgiennes et chirurgiens des hôpitaux, temps plein et temps partiel**

**Ne laissez pas brader la chirurgie hospitalière publique.  
Vos carrières de demain se construisent aujourd'hui,**

**Celles d'aujourd'hui se défendent maintenant.**

**Les chirurgiens du SCH, du SNAM-HP et de l'UPTP réunis sur les listes de Convergences-Hôpital Publique travaillent pour promouvoir et défendre la chirurgie publique :**

- En faisant reconnaître les spécificités des pratiques chirurgicales en particulier dans la réorganisation prochaine des Permanences De Soins.
- En définissant la notion d'équipes chirurgicales permettant un travail collégial, sans isolement, adapté à notre mode de vie. Equipes hospitalières, mais également territoriales, qui permettront une meilleure gestion individuelle du temps et du travail.
- En demandant de revaloriser rémunérations et carrières afin de garder une attractivité pour nos jeunes collègues, tout en permettant de moduler et d'adapter contractuellement, dans le cadre statutaire, leurs évolutions dans le temps.
- En exigeant la promotion d'une chirurgie publique de haute qualité, favorisant l'accès à la recherche et aux publications, à l'évaluation des pratiques chirurgicales et à la formation continue.
- En améliorant la formation des internes en chirurgie dans les hôpitaux publics.
- En intervenant activement dans les réorganisations territoriales, que nous ne pouvons nous laisser imposer.

**Quelle que soit votre spécialité, temps plein ou temps partiel :**

**Votez pour une représentation de chirurgiens, faite par des chirurgiens pour les chirurgiens**

# **Votez Convergences-HP**