



CINQUIEME LIVRE BLANC Version 2 – Septembre 2010

INTRODUCTION

La loi HPST constitue le plus important ensemble législatif concernant l'offre de soins et l'organisation sanitaire depuis 30 ans. Son objectif principal, pour ce qui concerne l'Hôpital Public, est de parachever l'œuvre du plan Hôpital 2007 (Matteï) qui devait résorber les déficits comptables de l'Hôpital, refonder la gouvernance hospitalière tout en conservant l'excellence plébiscitée des soins qu'il prodigue, et pour ce qui concerne les CHU, la valeur inégale mais reconnue de son système de recherche et de formation.

Le SMARNU, conscient de l'importance du texte, en débute l'analyse critique et étudie les avantages et dangers des nombreux textes d'application.

Il réaffirme les principes qui ont justifié sa propre création, à savoir

- la défense d'un service public hospitalier de qualité, ouvert à tous, d'éthique égalitaire et républicaine et mû par une évolution permanente ;
- la promotion d'un corps de médecins, en particulier les anesthésistes réanimateurs, dans le cadre d'un statut, actuellement le statut du Praticien Hospitalier ;
- la reconnaissance du rôle de ces médecins, qui sont, avec d'autres spécialités engagées prioritairement dans la permanence des soins, la cheville ouvrière de l'Hôpital ;
- la reconnaissance du rôle particulier des centres hospitaliers non universitaires dans le maillage sanitaire du territoire, mais également de la charge qui leur est dévolue du fait de cette responsabilité dans le maintien d'un bon niveau de santé publique dans un contexte de démedicalisation progressive.

Réuni en Assemblée Générale en mai 2010, le Conseil d'Administration du syndicat a poursuivi la réflexion débutée en mars 2009 lors de la rédaction de la première version du 5^e Livre Blanc, et propose ici un résumé de ses positions.

Le SMARNU a d'autant plus de légitimité pour formuler des demandes et recommandations que son origine est liée à la création d'un corps de médecin hospitalier temps-plein dans les hôpitaux généraux, que nombre d'idées qu'il défend depuis bientôt quarante ans se retrouvent enfin dans ce texte, et qu'il s'est singularisé par son analyse prospective de l'Hôpital Public, son enjeu, ses atouts, mais aussi ses lourdeurs et ses défaillances.

Le SMARNU est membre fondateur le Confédération des Hôpitaux Généraux (janvier 1992), devenue Confédération des Praticiens des Hôpitaux (CPH-mars 2006), de la Fédération des Permanence de Soins Hospitalière (FPSH-mars 2008), et a actuellement le statut d'observateur à la Fédération Européenne des Médecins Salariés (FEMS).

LE FINANCEMENT DE L'ANESTHESIE - REANIMATION DANS LES ETABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTE

Le financement exclusif de l'hôpital au travers de la tarification à l'acte, et de la rémunération de ces actes sur la base d'un prix standard, est pénalisant pour l'anesthésie, pour l'hôpital, et pour les patients.

- Pour de financement institutionnel de l'activité d'anesthésie-réanimation :

La liste de codes CCAM concernant l'anesthésie est d'une indigence telle que les méthodes modernes de monitoring et les techniques les plus éprouvées d'anesthésie modernes en sont absentes. Et pourtant, elles possèdent un vrai Service Médical Rendu (SMR) au travers de la qualité des soins diminuant mortalité et morbidité, raccourcissent la DMS et améliorent le résultat fonctionnel de la chirurgie.

Le résultat est que l'implantation de ces avancées est freinée. Là où seul le chiffre compte, y compris maintenant dans l'hôpital public garant de l'excellence des soins, elles sont ignorées.

Elles nécessitent un développement professionnel continu (DPC) des praticiens, des équipes qui les assistent, et un investissement en matériel qui ne peuvent pas être amortis par une codification défavorable.

Cette nouvelle codification serait profitable pour l'EPS, et pour les malades en assurant un stimulus à la diffusion de méthodes de soins préconisées par les sociétés scientifiques mais insuffisamment rémunérées par rapport à des méthodes anciennes et dépassées, mais d'application standard.

L'anesthésie est une spécialité reconnue en France depuis plus de 50 ans. La valorisation de l'acte d'anesthésie ne doit plus être codifiée à un acte chirurgical, compte tenu des prises en charges élaborées et différenciées de patients complexes.

Soucieux de l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, nous nous opposons aux tendances émises par certains directeurs de n'appuyer l'investissement hospitalier en matériel que dans les domaines où il peut générer directement de la T2A. Cette dérive honteuse du système de facturation des actes est attachée au court-terme comptable en lieu et place de l'amélioration de soins et de la prévention du risque génératrices de vraies économies d'échelle.

Nous demandons une codification CCAM développée pour l'anesthésie, et autonome vis-à-vis de l'acte chirurgical, et des investissements en personnel et matériels dictés par l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins.

- Pour le financement des émoluments des anesthésistes-réanimateurs :

La grille de revenus des PH n'a pas été sérieusement revalorisée depuis bientôt 10 ans. Il en résulte un décalage croissant avec l'exercice libéral, surtout en Anesthésie-réanimation, et à l'hôpital même, entre les spécialités à fort coefficient de majoration des revenus par l'acte libéral et les autres. Si l'on rajoute à ce delta des revenus les risques associés à la pratique, et les contraintes liées à la permanence des soins, il n'est pas surprenant que la spécialité soit en

souffrance par démedicalisation, dans toutes les structures publiques et particulièrement dans les gros Centres Hospitaliers non Universitaires.

Nous réclamons donc une revalorisation de la grille salariale des PH, de la permanence des soins et la prise en compte de la pénibilité spécifique au secteur public, permettant un alignement avec le secteur privé, minoré des charges particulières à ce secteur. Ce sujet doit faire l'objet de véritables négociations, permises par la mise en place du système unifié de santé ouvert par la mise en place des Agences Régionales de Santé.

Le recours à la rémunération à l'acte en secteur public (en Part Complémentaire Variable par exemple) ou par codification à l'acte, prôné par certains, entraînerait comme toute médecine à l'acte une inflation des coûts délétère pour le financement du système de couverture sociale, ou une sélection des patients par l'acte, contraire à l'esprit du service public. Elle n'est donc pas recommandée économiquement et nous la récusons éthiquement..

La mise en concurrence entre structures engendrée par la CCAM est de toute façon nuisible à un véritable travail en synergie. Les dérives mercantiles de certains, par la multiplication d'actes au SMR discutables, sont difficilement détectables.

Malgré tout, le système de rémunération ne peut donc reposer exclusivement sur l'activité : Nous réclamons l'introduction d'indices mesurables de qualité, de besoins satisfaits en offre de soins, de temps médical passé, d'adhésion au Développement Professionnel Continu comme variable d'ajustement des revenus sur la base de critères reconnus par la profession.

- **Pour la réanimation :**

La complexité des patients et des soins qu'ils nécessitent réclame une codification qui rende le SMR non financièrement pénalisant pour l'établissement qui assure cette activité, et une participation financière des établissements, en particuliers privés, qui leur adressent les patients les plus complexes, notamment en post-opératoire.

Par ailleurs, l'activité des Unités de Soins Continus (USC) situées dans des centres non pourvus de réanimation doit être reconnue, et leurs actes rétribués selon une codification CCAM spécifique. Trop de patients, surtout âgés, ne trouvent pas de place dans des réanimations de structures de référence, mais ne peuvent être renvoyés sans danger dans des services d'hospitalisation. Ils nécessitent une surveillance continue de courte durée, mais la poursuite de l'activité de ces unités est pénalisante pour les EPS en l'absence de codification spécifique.

Donc : codification revalorisée pour les réanimations et spécifique pour les USC.

La logique d'objectifs négociés entre les différents niveaux hiérarchiques, et celles de rémunérations variables à la performance sont antagonistes à la poursuite de l'objectif de Qualité et de Sécurité des Soins (QSS) maximal.

DEMOGRAPHIE MEDICALE EN ANESTHESIE-REANIMATION

Il n'y a jamais eu autant de médecins en exercice en France, et la France se situe au 3^e rang de dépenses de santé en part de PIB (2006) des pays de l'OCDE, avec un total de 3.4 médecins/1000 habitants, au-dessus de la moyenne de 3.1/1000 OCDE .

La densité en AR est de 17/10000 (rapport Berland).

Toutefois, de fortes disparités interrégionales et intra régionales donnent « l'impression » d'un déficit global, et l'analyse territoriale fait apparaître des déficits irréfutables dans certaines régions, et une sur-dotation dans d'autres.

Ces caractéristiques globales sont transposables à l'anesthésie-réanimation, et sont retrouvées par l'analyse démographique du CNG.

Le manque de médecins dans des régions isolées et des disciplines d'exercice pénible est à l'origine de l'importation de praticiens d'autres régions, parfois sous-formés et ne maîtrisant pas la langue française.

De plus le départ à la retraite de plus 60% des praticiens de notre spécialité dans les 10 années à venir laisse présager une véritable pénurie qui ne pourra être compensée avant plusieurs décennies par la simple augmentation du numéris clausus.

Le SMARNU ne s'oppose bien sûr pas aux migrations médicales pourvu qu'elles soient maîtrisées, n'aboutissent pas à un pillage des médecins des pays source d'émigration, et qu'elles conservent ou améliorent la qualité et la sécurité des soins prodigués dans le pays lieu d'immigration. La solution passe pour ce qui concerne les médecins de la Communauté Européenne par une harmonisation européenne des conditions d'accès aux soins, de leur financement, et de la rémunération des acteurs, en premier lieu des médecins anesthésistes réanimateurs (abolition du principe de subsidiarité).

1) L'hôpital public regroupe 66% des praticiens en AR, mais, certains EPS ont le plus grand mal à pourvoir leurs postes de PH.

Plus de 50% des PH en CHU sont des Anesthésistes-Réanimateurs (MAR) contre 18% en CH non-Universitaires. Cette donnée résume à elle seule les soucis professionnels et d'organisation des anesthésistes des ex-Hôpitaux Généraux, qui ont les mêmes missions mais sont amenés à assurer plusieurs sites simultanément, multiplier les « gardes » et astreintes, restreindre leurs congés en particulier de formation, et déclencher les heures supplémentaires (TTA). Si l'on fait abstraction de quelques activités (transplantation chirurgie cardiaque..) qui sont grandes consommatrices de temps MAR mais n'expliquent pas le différentiel, le CHU est beaucoup plus proche des centres de pouvoir, donc traditionnellement mieux pourvu en postes et donc plus attractif pour les jeunes professionnels choisissant le secteur public.

La crise démographique a donc frappé de plein fouet les CH non-U, provoqué une restructuration des plateaux techniques automatique avec fermeture ou regroupements des plus petits d'entre eux (hôpitaux de proximité), mais touche maintenant des grosses structures, dont l'activité de soins est proche ou même dépasse celle du CHU voisin, et là le danger est grand d'une désertification médicale hospitalière non plus marginale mais centrale à un territoire.

Mais la crise démographique s'est infiltrée même au CHU. Depuis 20 ans la situation a donc changé, qui voit les conditions d'exercice en CHU se rapprocher de ce qu'elle est dans de gros « CHG ».

Les CHU ont longtemps préservé leur situation et il faut que la crise démographique s'y installe pour qu'enfin le corps médical universitaire prenne conscience de la situation des hôpitaux non-U.

Toutes les spécialités ne sont pas touchées de la même manière, parce que toutes n'ont pas ce rôle d'interface immédiat avec l'environnement de l'hôpital. L'Anesthésie-Réanimation et les services d'Urgence et de SAMU, souvent pris en charge par des MAR, (activités de la Permanence des Soins Hospitalière) sont les plus touchés.

La crise démographique à l'hôpital est avant tout une crise de l'Anesthésie-Réanimation au CH non-U.

En CH non-U comme en CHU, le recours à l'intérim médical, coûteux, où la qualité et l'implication des praticiens ne sont pas toujours présentes, pour lesquels la DPC n'est pas prévue, et dont les dérives mercantiles ont été décrites est donc devenue partout la variable d'ajustement de l'offre de temps médical en MAR par des directeurs, condamnés à gérer au jour le jour la pénurie prévisible depuis bientôt 20 ans (S. Pontone, 1991).

Cet intérim plombe les finances des EPS. Lorsque la délégation de gestion et de signature prévue par la contractualisation interne entre directeurs et chefs de pôles sera généralisée, cet intérim plombera les finances des pôles.

Le SMARNU affirme qu'il doit revenir aux ARS d'encadrer le recours à l'intérim médical par les EPS, et de rééquilibrer l'offre de temps médical, en particulier en Anesthésiste-Réanimateurs, au profit des CH non-U.

2) La pénurie en Anesthésiste-réanimateurs pousse à la mise en place rapide des Communautés Hospitalières de Territoire (CHT), avec établissement référent.

La création des CHT doit permettre de regrouper les activités de plateaux techniques. Le SMARNU réclame depuis 15 ans une telle mesure, qui aura un effet égalisateur intra-régional de la démographie. Mais à la condition que les CHU ne restent pas les hôpitaux de référence seuls détenteurs des services de réanimation.

Les postes d'AR budgétés soumis à restructuration doivent être transférés à l'EPS soumis à la charge accrue de travail. Nous refusons toute contraction du nombre de postes ETP sous couvert de restructuration.

3) La profession doit s'organiser sur le cœur de son métier, en accord avec le Référentiel Métier du Collège Français des Anesthésistes-Réanimateurs :

- **l'anesthésie et la prise en charge médicale péri-opératoire,**
- **la réanimation chirurgicale mais aussi médicale. Il ne saurait y avoir de blocage imposé par une spécialité à la pratique de la réanimation médicale par les AR ;**
- **La médecine d'urgence et la régulation des SAMU n'auraient jamais pu naître et se développer sans les anesthésistes-réanimateurs, qui sont encore les seuls spécialistes référents pour ces activités.**

La médecine de la douleur est devenue un terrain d'expertise pour les anesthésistes-réanimateurs au sein d'équipes pluridisciplinaires, mais la question reste ouverte pour savoir si, hors exception, elle doit monopoliser un temps médical temps plein d'un AR.

Par contre, en ces temps de pénurie à venir, l'implication dans des activités à temps plein dans les équipes de DIM, les équipes transversales pluridisciplinaires, et même à temps partiel pour les vigilances, les CLUD, CLAN, CLIN devrait être possibles pour les MAR dont l'âge et les

handicaps acquis au fil de leur évolution de carrière ne leur permettent plus d'assurer leur métier en toute sécurité. De même pour les tâches administratives à plein temps telles que la coordination de blocs, ou le pilotage du DPC, du COMEDIMS, et procédures de certification des EPS.

Ce serait un moyen de reconnaître la pénibilité de cette profession et de permettre aux praticiens en difficulté d'avoir des passerelles leur permettant de continuer leur activité professionnelle sans leur imposer d'assurer l'activité de garde au delà d'un certain âge.

D'autant que les restructurations prévisibles dans chaque territoire, avec regroupement de lignes de gardes ne peuvent que rendre plus pénibles ces-dites gardes.

Pour les MAR ne présentant pas ces handicaps, leur intervention transversale devrait se limiter aux sujets qui relèvent de leur expertise exclusive, avec l'accord du reste de l'équipe.

L'activité de représentation syndicale locale, régionale et nationale est encouragée dans les limites réglementaires, dans les mesures où elle défend les intérêts de la profession, et où elle est répercutée à tous les niveaux pertinents du syndicat.

Concentration de l'activité des AR sur le cœur de leur métier tant que l'âge et leur condition physique leur permet d'assumer la pénibilité de cette profession.

4) Il est anormal que dans une même région des PH aient une productivité faible, alors que d'autres sont soumis à un travail d'autant plus pénible qu'il est contraint, cadencé, et à flux tendu fonction des donneurs d'ordre. Il faut tendre vers une homogénéisation de l'activité, et, sans prétendre définir une masse critique d'actes par médecin, il faut satisfaire à deux exigences : maintenir la compétence professionnelle des anesthésistes réanimateurs et assurer un lissage de la charge de travail dans la région en renforçant les équipes qui doivent l'être.

Les conditions de sécurité doivent être identiques pour tous les patients avec au minimum un professionnel de l'anesthésie réanimation auprès de chaque patient anesthésié, comme le préconise la SFAR, exception faite pour l'anesthésie pédiatrique et l'anesthésie du patient à haut risque pour lesquels un médecin anesthésiste et un IADE peuvent être appelés à intervenir simultanément.

Pour atteindre cet objectif :

- **Déconcentration des effectifs par contrats intra-régionaux, ou interrégionaux, entre établissements sous dotés et sur-dotés.**
- **Evolution du statut de PH avec possibilité de missions temporaires sur la base du volontariat pour soutenir l'activité et assurer une harmonisation de la qualité des soins avec un plateau technique dont l'ouverture reste indispensable dans le cadre d'une organisation de territoire de maintien de service public.**
- **Possibilité pour les assistants contractuels d'être nommés dès la licence de remplacement acquise. Il est anormal que des spécialistes en fin de cursus aient la possibilité de remplacer dans le privé, et pas dans le secteur public, faute de solution juridique.**
- **Création d'un corps de remplaçants régional, avec statut approprié, comme il en existe à l'Education Nationale.**
- **Incitations financières réelles bien différentes de la prime de poste à recrutement prioritaire qui n'a pas fait la preuve de son efficacité doivent être imaginées : avancement accéléré de la carrière par des durées d'échelons raccourcis, rémunérations de PH différenciées sur le territoire, participation aux frais de logement du PH etc. ;**

- **Pour éviter le détournement de PH vers la structure privée voisine, plutôt que d'interdire la mobilité du praticien vers celle-ci, il faut repenser la place du médecin dans la structure publique, alléger le poids administratif (cadres), assurer les investissements nécessaires en matériels et revaloriser les traitements. L'attractivité de l'EPS en sera grandie.**

Le nombre d'actes/PH/an, en quantité et en diversité comparables doit tenir compte :

- **D'une part de l'activité normale permettant de conserver une compétence professionnelle certifiée et**
- **D'autre part du nombre d'actes permettant de corriger le différentiel de productivité dans une même région entre centre référent de CHT bien dotée en personnel médical (CHU) et centre référent insuffisamment doté.**

Les asymétries de productivité dans la région, et donc de contraintes et de pénibilité, doivent être corrigées par une contractualisation de soutien en temps médical intra- et inter régionales, la création d'un corps de remplaçants, les incitations financières à la mobilité.

5) Service sanitaire

Actuellement, les études médicales sont payées par la collectivité, les étudiants n'ayant qu'à acquitter une faible somme d'inscription et des faux-frais. Il est vrai que la vie quotidienne des étudiants est rendue difficile par la faiblesse du logement étudiant et l'anémie des CROUS.

Les disparités démographiques peuvent être gommées par des mesures incitatives :

- **Bourse d'études significative pour celui qui s'engagerait à assurer quelques années en zone démedicalisée,**
- **Rémunération différenciée des postes de PH en fonction du degré de médicalisation de la zone,**
- **Points IRCANTEC supplémentaires (cf chapitre pénibilité) si installation en zone démedicalisée.**
- **Non création de postes supplémentaires en régions (ou territoires dans la région) sur dotés.**

Toutefois, la faillite des mesures incitatives propres à assurer un équilibre démographique de l'offre de soins, notamment en anesthésie réanimation, aboutirait à la création de zones désertifiées d'hospitalisation publique préjudiciables à la santé publique et cause d'insatisfaction pérenne pour les PH en anesthésie réanimation encore en poste dans ces zones.

Le SMARNU prendrait alors ses responsabilités. Face aux égoïsmes et à la désorganisation de ce service de l'état, il rendrait prioritaire la satisfaction d'un besoin social, et réfléchirait à des mesures contraignantes.

6) Quant à l'extension des compétences des professions paramédicales, et pour ce qui nous concerne les IADE, nous l'envisagerons avec sérénité avec les organisations professionnelles d'IADE et le CFAR. Nos propositions ont été transmises à la Mission Hénart (annexe) :

- **transférer des activités aux IADE ne résoudrait en rien les problèmes démographiques médicaux, d'autant que cette profession connaît les mêmes problèmes démographiques.**
- **La démarche technique-infirmière n'est pas superposable à la démarche clinique et thérapeutique médicale. Leur nature fondamentalement différente**

interdit tout rapprochement par transfert de compétence, même adoubé par une filière LMD.

- **Les responsabilités légales et le contrat moral du médecin envers son patient ne sont pas transférables et constituent les fondements inaliénables de la vocation médicale ;**
- **La refondation des métiers paramédicaux nous paraît préférable à la création de « professions intermédiaires » sur le mode LMD. En dehors de missions véritablement novatrices, ces nouveaux professionnels auraient du mal à se situer entre les paramédicaux et les médecins.**

Nous défendons l'exclusivité d'exercice de l'IADE, et récusons les VAE.

Risques de la Nouvelle Gouvernance des Hôpitaux

I – Le Directeur

La loi réorganise la gouvernance des hôpitaux au profit d'un directeur, « seul patron à l'hôpital ». Il assujetti au seul directeur d'ARS, qui le note et lui octroie une PCV (directement au ministère dans le cas des DG de CHU). Il peut être Directeur d'un Territoire de Santé. Il est donc libre du Conseil de Surveillance, de la CME, du CTE, et même du Directoire qu'il lui est demandé seulement de concerter.

Entre autres, et pour ce qui concerne étroitement les PH,

- il nomme les chefs de pôle et met en place une délégation de gestion dans le cadre du contrat qu'il passe avec eux. Cette délégation de gestion porte notamment sur l'engagement des dépenses ou la gestion des ressources humaine ;
- il décide du Projet médical, et « arrête » l'organisation interne de l'établissement ;
- il « décide » de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins (PACQSS) ;
- il « conclut » seul le CPOM ;
- il conclut les délégations de service public ;
- il propose au CNG la nomination et la mise en recherche d'affectation des personnels médicaux sans intervention de la CME qui n'est qu'informée de la démarche.
- Si les PH sont nommés par le CNG sur proposition du Directeur, celui-ci transmet en fait la proposition contraignante du chef de pôle. Cependant, le chef de pôle ayant été nommé par le Directeur, il apparaît une situation singulière d'équilibre entre la soumission et l'autonomie de la position de chef de pôle.

Ses capacités de décision sont donc augmentées au prorata de la marginalisation des autres acteurs de la vie de l'établissement. Certes, il doit bénéficier d'une formation appropriée, mais des possibilités sont offertes à ce qu'exceptionnellement un directeur soit exempté par le CNG de cette formation. Mais le risque est grand qu'il se retrouve isolé à chaque difficulté dans un contexte économique de plus en plus contraint.

Nous exigeons :

- 1. des nominations par le CNG de PH sur proposition de chefs de pôles libres, c'est-à-dire élus par les médecins de l'ensemble des unités et services ;**
- 2. des pouvoirs de veto des CME pour ce qui concerne les responsabilités médicales des décisions (Projet Médical, CPOM, délégations de service public, PACQSS) ;**

3. **des pouvoirs de veto de Directoire, et d'audit, pour tout ce qui concerne le rôle institutionnel de l'établissement dans la vie de la ville ;**
4. **une gouvernance marquée par le débat et la négociation tripartite direction/corps médical/personnel soignant.**

II – La CME

La composition, la place et le rôle de la CME sont profondément modifiés. Sa composition, la nomination de ses membres sont élargies. Mais ses prérogatives sont nulles, sauf en un domaine : la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins (PACQSS). Nous devons veiller au respect de la véracité des indicateurs de qualité de l'établissement, à leur élargissement, et à leur publication avec mise à disposition au public.

La participation du président de la CME et de la CME à l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation de la politique d'amélioration continue de la PACQSS ainsi que l'élaboration des projets relatifs aux conditions d'accueil et de prise en charge (PEC) des usagers consacrent la fonction première et naturelle des médecins dans l'institution.

Ces 2 axes soulignent le rôle prépondérant de la CME au travers de son président sur les domaines suivants

- la gestion des risques liés aux infections associées aux soins mais aussi des événements indésirables (EI) liés aux activités de l'établissement
- la prévention et le traitement de l'iatrogénie
- la coordination des vigilances comme garant de la sécurité sanitaire
- la politique du médicament et des dispositifs médicaux stériles
- la prise en charge de la douleur
- la réflexion sur l'éthique liée à l'accueil et à la PEC médicale
- l'évaluation de la PEC des patients et en particulier des urgences et des admissions non programmées
- l'évaluation de la mise en œuvre de la politique de soins palliatifs
- le fonctionnement de la permanence des soins
- l'organisation des parcours de soins

Il s'agit donc de responsabilités auxquelles nous n'étions que partiellement associés et bien souvent sans aucune maîtrise sur cette politique.

Nous ne sommes donc pas préparés à les assumer d'autant qu'il s'agit ici d'aller jusqu'à la mise en œuvre et l'évaluation d'une politique. Nous devons pour cela nous appuyer sur des expertises déjà en place pour pouvoir assurer ces nouvelles missions qui nous sont confiées.

En tant qu'anesthésistes réanimateurs nous avons bien sûr une antériorité dans la classification la prévention et la gestion des risques liés aux soins, nous avons mis en place depuis longtemps les évaluations de pratiques professionnelles et les revues morbidité mortalité et nous participons depuis longtemps aux diverses vigilances sanitaires, de même, la réflexion éthique fait partie de notre quotidien de réanimateur... On nous propose de nous impliquer dans le traitement des EI, dans le suivi des rapports de certification, dans la mise en œuvre des objectifs et engagements fixés dans les CPOM, donc un rôle prépondérant dans le pilotage des soins à l'hôpital, notre cœur de métier.

Pour cela nous avons besoins de pouvoir nous appuyer sur les structures internes de management de la qualité et de la sécurité des soins, cellules qualités, directions qualités direction des soins ou

autres commissions de relations avec les usagers dont le pilotage doit être assuré par les médecins pour pouvoir s'inscrire dans les axes définis par le président de la CME et le directeur.

Les médecins devront donc être présents dans ces diverses structures pour les faire vivre et l'expertise des médecins anesthésistes réanimateurs dans certains domaines sera un atout majeur pour la médicalisation de ces divers services. C'est donc insister sur l'organisation transversale de la qualité et de la sécurité des soins comme une démarche institutionnelle allant bien au delà d'une organisation au sein des structures internes.

La gestion de l'organisation du dispositif du développement professionnel continu (DPC), l'accompagnement dans la démarche d'accréditation des médecins exerçant des activités à risques, la mise en place des RMM, la poursuite des EPP sur tous les secteurs d'activité, le retour des plaintes, des questionnaires de satisfaction des événements indésirables seront autant d'outils dont la mise en œuvre et l'analyse permettront de poursuivre le travail d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins.

Le seul point qui reste à définir est le périmètre d'intervention des médecins (encore plus des médecins anesthésistes en raison de leur ancienneté dans la démarche d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins) dans les structures internes s'occupant de la qualité et de la sécurité des soins. Même si nombre d'entre nous sont depuis longtemps impliqués dans ces démarches institutionnelles, nous devons engager une réflexion à entreprendre rapidement avec les directeurs des établissements publics de santé.

III - Le CPOM.

- Le CPOM est rédigé à l'intention de l'EPS par l'ARS, et tient compte des besoins et des moyens en service public de la CHT.
- Il est en accord avec le Projet Médical de l'Etablissement et concerne toute la CHT;
- Ce projet médical est arrêté in fine par le Directeur de la CHT. En cas de désaccord avec la CME de l'établissement référent, le Directeur peut passer outre.
- Des pénalités sont envisagées en cas de non respect du CPOM, respect qui conditionne le paiement d'une part variable au Directeur ;

Nous regrettons que :

- **Que l'attribution territoriale des crédits, autant T2A que MIGAC, laisse ouvert le risque que le centre de référence puisse « siphonner » les crédits accordés au territoire au détriment des centres associés ; et que la maîtrise financière de la CHT ne se fasse au détriment de certaines activités de ces centres associés ;**
- **Que les pénalités envisagées en cas de non-respect du CPOM, en particulier de d'EPRD négatif, pénalisent une deuxième fois l'activité médicale, et en particulier l'investissement médical propre à satisfaire les besoins en soins du bassin de population ;**
- **Que la CME ne soit pas responsable du Projet Médical, et ne soit qu'informée du CPOM, malgré sa responsabilité dans sa mise en œuvre concrète ;**
- **Qu'il n'existe pas d'instance de conciliation propre à mettre en phase la responsabilité des acteurs et celle des décideurs;**

Nous exigeons que l'activité d'anesthésie-réanimation, dont la permanence des soins, soit détaillée dans le CPOM :

- **Tant pour l'attribution des moyens en personnels et en matériels**

- **Que pour la définition de niveaux moyens d'activité dans la région, pour supprimer les différences de productivité entre territoires le cas échéant par redéploiement de professionnels.**

III- les Praticiens

L'enjeu réel de la refonte de l'hôpital est la prise de conscience et de responsabilité de chacun des acteurs dans le fonctionnement améliorable de l'outil de travail que la collectivité a mis à sa disposition, dans le cadre

- **de la satisfaction des besoins en soins de qualité et à service médical rendu réel pour les bassins de population,**
- **d'une enveloppe budgétaire adaptée, réévaluée pour satisfaire à ces besoins,**
- **et de la préservation de la santé et de la satisfaction professionnelle des médecins et paramédicaux, garants de leur présence pérenne dans leur site .**

Pour ce qui concerne les Praticiens :

A) Le Praticien Hospitalier

Le PH est le praticien le plus nombreux à l'hôpital et celui qui a en charge l'essentiel des soins médicaux. Il est défini par son statut du PH, et son rôle doit être défendu par la DHOS, et son statut doit évoluer.

Toute attractivité de l'Hôpital Public en direction des jeunes diplômés en Anesthésie-Réanimation, spécialité pénible, risquée, et déficitaire passe d'abord et avant tout par une meilleure rémunération, donc une revalorisation du salaire de base immédiat de 20 % pour combler le différentiel existant entre le secteur privé à but lucratif, dont les conditions financières attirent les jeunes MAR.

Les PCV doivent être proscrite pour les AR, car leur montant est basé sur des éléments trop particuliers pour être généralisables en dehors de contrôles stricts et impromptus (telle l'évaluation de la qualité et de la sécurité des actes), ou équitables (production d'actes dépendante de flux non maîtrisés par l'AR). C'est surtout l'introduction du paiement à l'acte, coûteux, souvent infructueux en terme de SMR, et la fin de l'indépendance des praticiens face aux directions des affaires médicales qui ont pour mission d'étudier et orienter la production d'actes médicaux.

La valorisation et la motivation du PHAR doit être basée sur :

- **La reconnaissance de la présence contrainte dans les activités du cœur du métier, et dans la permanence des soins, plus que dans les activités transversales ou de gestion (temps de travail médical),**
- **La reconnaissance de la pénibilité affectée à cette permanence des soins, selon des critères précis, tels que ceux connus de la DHOS depuis avril 2008 (pénibilité) ;**
- **La démocratie dans le service, et la préservation de l'unité de la spécialité dans l'organisation interne de l'hôpital (démocratie et gouvernance) ; l'association des médecins à la gouvernance et la stratégie institutionnelle ;**

1) Le Temps de Travail Médical

Le SMARNU adhère pleinement à la défense de la Directive 2003/88/CE et considère comme des droits inaliénables

- **le repos pris immédiatement après 24 h de travail en permanence sur place d'une durée égale (actuellement appelé dans l'arrêté du 30 avril 2003 « repos quotidien »),**
- **la limitation de la durée hebdomadaire du travail à 48 h lissée sur un maximum de 6 mois,**
- **la fin de l' « opt out » le plus tôt possible, et en tous cas l'obtention formelle de l'accord du praticien pour l'accomplissement d'heures supplémentaires.**

Le SMARNU est partie prenante des négociations actuellement en cours entre le Parlement Européen et le CESCO dans le cadre de la Commission de Conciliation par sa participation active à la Fédération Européenne des Médecins Salariés (FEMS) dont il espère être bientôt un membre titulaire.

Le temps de travail des Praticiens Hospitaliers (quel que soit leur statut) se décompose en

1) Obligations de service (y compris la permanence des soins) = soit 10 demi-journées (+ temps d'astreinte – opérationnelle ou de sécurité) ; soit 48 h hebdo maxi lissées sur 4 mois pour ceux à qui la COPS a accordé l'organisation temps continu ;

2) Temps de Travail Additionnel (TTA)

Cette variable d'ajustement du temps de travail médical est indispensable au bon fonctionnement de nombre de services fonctionnant en temps continu.

Elle est en sursis, vu la fin programmée encore à ce jour de la tolérance au dépassement des 48 heures de travail maximum (opting-out)

- **Les obligations de service.**
Elles sont définies par le tableau de service, à la fois prévisionnel et réalisé.
Elles sont actuellement variables selon le mode d'organisation du service ; soit de 48 heures si le service est organisé en temps continu, soit de 10 ½ journées, si le service est organisé en ½ journées.
Toutefois, le temps total de ces 10 demi-journées ne peut dépasser 48 heures.

Nous réclamons :

- a) depuis toujours la définition horaire de notre temps de travail (horarisation), et la fin de la spécificité française de la demi-journée dont personne ne veut définir la durée ;**
- b) et dans le cadre de la mise en place des territoires, le passage obligatoire en organisation de service en temps continu pour les services d'anesthésie, de réanimation et d'urgence dans les centres de référence des territoires, dont la vocation centrale entraînera une charge de travail accrue ;**
- c) la production obligatoire de tableaux de services prévisionnel et réalisés, opposables pour l'abondement des CET et Compte Pénibilité (cf infra), et le déclenchement d'heures supplémentaires.**
- d) sa limitation à 39 heures, introduisant une marche de rémunération spéciale pour l'intervalle d'obligations de service au-delà de 39 h et en deçà de 48h.**

e) l'organisation du temps de travail médical la plus efficiente possible au niveau du territoire, et l'évolution probable de son séquençement au niveau des centres de référence de la CHT. Le travail entièrement décompté en heures sera susceptible d'évoluer vers la définition de plages 3x8 ou 12/12 en fonction de la charge de travail et de sa pénibilité.

- **Le Temps de Travail Additionnel**

Le Temps de Travail Additionnel, issu de « l'opt-out », est une variable d'ajustement du temps de travail médical en sursis, mais actuellement indispensable au bon fonctionnement des plateaux techniques. Le principe de son maintien ou de son abolition est à l'origine d'une nouvelle proposition de révision de la DE, déposée en avril 2010.

Nous réclamons :

Que l'opt-out soit supprimé et que la durée maximale absolue du travail soit de 48 h, pour tous les emplois privés, publics et indépendants. Que des augmentations salariales soient régulièrement négociées, et que tout complément de revenu soit le fait de l'adhésion à l' "amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins" et à la difficulté et au "risque" reconnus de la tâche en question. Ainsi le seul "temps passé", facteur majoritaire de pénibilité, ne saurait être retenu comme incitation à revenu amélioré.

En attendant ce monde idéal,

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 laissé au choix du praticien et non pas imposé par la direction pour des motifs budgétaires.

Que le TTA soit défiscalisé, en accord avec la réglementation touchant les heures supplémentaires

TOUTEFOIS : depuis toujours nous déconseillons à nos mandants d'avoir recours au TTA, d'éviter ce facteur supplémentaire de pénibilité d'une pratique clinique éreintante, cadencée, soumise aux donneurs d'ordre, et souvent en muti-site simultanée. Compte tenu de l'absence de prise en compte de la pénibilité lors de la discussion de la « réforme » des

retraites de septembte-octobre 2010, nous répétons notre mot d'ordre :
STOP AU TTA !

- **La permanence des soins**

Elle est une des missions essentielles de l'hôpital public, et doit être regroupée sur des centres peu nombreux, bien équipés en professionnels et matériels, et bien desservis par les moyens de transport.

Elle comprend la permanence sur place et l'astreinte à domicile.

a) **la permanence sur place (psp) :**

Nous réclamons :

Qu'elle soit obligatoire pour les activités de niveau 1 dans les centres de référence ;

Que les praticiens contraints d'en exercer la forme particulière de pénibilité bénéficient réglementairement de conditions décentes d'hébergement et de repas ;

Qu'elle soit revalorisée à un niveau identique à celui consenti pour la PdS libérale, en ville et en EPS, avec une indemnité de sujétion de 450 € (cf annexe 2).

b) **l'astreinte**

Affectant le praticien à domicile ou en contact téléphonique permanent, l'astreinte ne déclenche pas la même pénibilité que la permanence sur place. Avec la mise en place des territoires et le regroupement des plateaux techniques, nous pensons que cette forme de PdS va disparaître.

Là où elle demeurerait néanmoins, et sous condition d'une traçabilité du service médical effectué,

Nous réclamons :

- Que le niveau d'astreinte soit unique, toutes les astreintes étant portées au niveau de l'astreinte opérationnelle actuelle.
- Que l'indemnisation du déplacement en astreinte de plus de 3 heures la même nuit au cours de sa première partie (18h30-0h), comme au cours de sa 2è partie (0h-8h30) donne droit à une rémunération d'une demi période de TTA chacune.
- Qu'en cas de décompte du temps de travail en demi-journées, la permanence sur place de nuit soit comptabilisée comme 3 demi-journées.

2) Reconnaissance de la pénibilité

Il existe 2 types de pénibilité :

- la pénibilité immédiate (indemnisée par l'indemnité de sujétion)
- la pénibilité cumulée (non indemnisée mais reconnue, donc à indemniser).

Principes :

a) défendre le concept de pénibilité pour l'ensemble des PH et pas pour telle ou telle catégorie ;

- b) reconnaître des critères d'accès uniques à une indemnisation pour la pénibilité cumulée ;
- c) associer la validation de ces critères d'accès au respect des textes sur le temps de travail et transparence absolue du temps de travail accompli (respect du tableau de service opposable en unités de temps horarisées);
- d) Imaginer une indemnisation en temps plus que financière.
- e) Reconnaître une pénibilité spécifique à la permanence sur place (psp) et au temps de travail organisé en temps continu.

Toutefois, certaines professions sont d'exercice plus pénible que d'autres. Cela est reconnu, tel pour l'anesthésie-réanimation, et à ce titre, elles doivent bénéficier de certains aménagements.

Les caractéristiques spécifiques de la PdS pratiquée par les AR (pratique clinique éreintante, cadencée, soumise aux donneurs d'ordre, et souvent en muti-site simultanée) sont, avec le TTA, un facteur supplémentaire de pénibilité. Nous agissons au sein de la Fédération de la Permanence des Soins pour qu'elle soit reconnue. 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 déconseillons à nos mandants, surtout âgés de plus de 50 ans, toute pratique qui aboutirait à une usure professionnelle prématurée, et leur conseillons toute mesure propre à la « préservation physiologique » :

- 1) responsabilité maximale de deux salles en simultané ;
- 2) adhésion stricte au décret « sécurité en anesthésie » de 1994 ;
- 3) adhésion stricte aux RPC, RFE de la SFAR, surtout pour ce qui concerne le respect des normes de sécurité, avec exigence du matériel y afférant ;
- 4) prise de tous repos statutaire, et congés de formation, dans l'année avec non-alimentation d'un CET.
- 5) adhésion stricte au maximum des 48 heures hebdomadaires d'obligations de service (ou 10 demi-journées) ;

Nous réclamons par ailleurs que la durée du « repos quotidien » soit portée à 48h après une permanence sur place (annulant de fait le déclenchement du TTA), dès 60 ans.

Nous réclamons pour les MAR une indemnisation de la Pénibilité Cumulée (points « pénibilité » comptabilisés tous les ans et tenus sur un Compte Pénibilité par les DAM) donnant droit à :

- 1) retraite anticipée possible à taux Régime Général plein pour 62 ans + 1200 unités-*psp* (soit 40 unités-*psp*/an sur 30 ans) ou 1500 unités-*astreintes* (soit 50 unités *astreintes*/an) ;
- 2) Obligations de service diminuées de 20% dans la semaine de la *psp* après 62 ans pour ceux qui en assurent régulièrement ; par exemple par 48 h de « repos quotidien » ;
- 3) 14^e échelon pour ceux qui acceptent de travailler au-delà de 62 ans + 1200 *psp* ;
- 4) Valeur au point pénibilité versé sur une caisse non IRCANTEC ;
- 5) Doublement des cotisations IRCANTEC en tranche B pour les *psp* (pénibilité spécifique de la *psp*) et les heures > 48 h (pénibilité spécifique au temps continu) ;
- 6) rétroactivité des points 4 et 5 depuis 1993.

Les PH entre 62 et 65 ans sont une richesse de notre profession.

Tout doit être fait pour les conserver au travail,

- par allègement de postes, et accès à certaines activités plus éloignées du cœur de métier de l'Anesthésie-Réanimation telles que définies plus haut ;

- par octroi d'un « repos quotidien » de 48h après une permanence sur place dès 60 ans, pour tenir compte des modifications physiologiques de la réponse au stress et à la fatigue,

Ils doivent assurer le compagnonnage des jeunes, et assurer la « mémoire du service ».

3) Démocratie dans le pôle et gouvernance

Nous nous opposons au concept de PDG-Directeur

- Parce que l'hôpital est une entreprise particulière. Ses missions sont complexes, et les soins constituent une activité aléatoire. Les incitations monétaires, les indices de performance, la logique de contrat, et même la certification, qui sont typiques du secteur productif marchand, sont des méthodes managériales qui ne peuvent être transposées à l'hôpital où créativité, adaptation aux impératifs de qualité et sécurité des soins des patients, et efficience sont indispensables au bon fonctionnement des hôpitaux.
- En conséquence, les médecins, et les soignants doivent avoir un rôle actif dans les décisions, et, avoir, au lieu d'un avis formel, un droit de « veto » (CME, Directoire) en cas de décision inadaptée.
- La CME doit être replacé au centre de l'élaboration du Projet Médical (et non pas seulement "consultée"), et avoir un droit de veto sur toute décision de nature médicale prise par le Directeur qu'elle considérerait inadaptée

Nous nous opposerons à toute nomination des PH par le directeur (décrets HPST-PH en attente)

- Parce que le CNG et/ou le ministère ne pourront plus assurer une régulation dans l'occupation des postes, celle-ci étant assurée selon des intérêts locaux par les directeurs, avec pour conséquence une aggravation des déserts médicaux ;
- Parce que la sujétion du PH à des impératifs économiques locaux, outre qu'elle est contraire à la déontologie médicale (et dénoncée par le Conseil de l'ordre), entraînera la perte de son indépendance professionnelle, et même son licenciement, toute futilité étant prétexte à transférer son dossier au CNG, qui deviendra la grande infirmerie du corps des PH ne rentrant pas dans les clous productifs ou disciplinaires des directeurs.
- Parce que le droit syndical sera le premier à être bridé, les syndicats de PH étant affaiblis par des années de défaite depuis 2002, et progressivement délaissés par une jeune génération qui a opté pour des solutions individuelles.

Nous nous opposons au transfert au Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins du pouvoir de sanction des PH attribué à l'administration hospitalière (article 19 ter au XI), et surtout à la Commission Nationale de Discipline. Les instances ordinales sont colonisées par les médecins libéraux ; seule la création d'un collège hospitalier régional au sein de l'instance régionale pourrait atténuer le parti-pris traditionnel du libéral à l'encontre du public.

Tout doit être fait pour assurer la motivation des médecins, et pour assurer la renaissance du concept d'équipe. Il faut réintroduire les instruments de démocratie interne au pôle (conseils) qui en permettront les choix stratégiques et les visions unificatrices.

Nous réclamons :

- **Maintien de l'unité et de l'unicité de la spécialité « Anesthésie-Réanimation » dans un seul pôle, sans tronçonnage, afin d'en garder l'homogénéité scientifique, fonctionnelle (possibilité d'appui dans un secteur défaillant par un secteur mieux portant) ;**
- **Choix du chef de pôle d'activité par les médecins du pôle (et non nomination par le Directeur) ; le chef de pôle doit être un chef d'équipe et susciter la satisfaction au travail des praticiens. Il ne saurait ignorer leurs préoccupations professionnelles ;**
- **Rotation des responsabilités à intervalles réguliers, pour en finir avec les « chefs à vie » ;**
- **Choix des chefs de service par les médecins du pôle, avec non cumul des responsabilités des chef de pôle et chef de service, et réelle attribution de responsabilités dans le service ;**
- **Accord de la CME requis sur le projet médical préalablement à sa signature par le Directeur.**

B) Les praticiens contractuels

L'introduction d'un statut de « clinicien hospitalier » introduit une précarité,

- 1) **Pour le praticien qui choisit cette solution, qui l'asservit à une productivité contractualisée ; par un contrat dont il ne maîtrise pas les variables (activité réelle, articulation avec les praticiens, cohérence avec le fonctionnement du service et du pôle) ;**
- 2) **Pour l'établissement qui ne peut pas compter sur un médecin motivé, et dont la présence soit pérenne.**

Nous dénonçons le risque de basculement de postes de PH vers ceux de contractuels, à l'attractivité factice d'un meilleur salaire direct, mais amputation d'avantages en salaire indirect ;

Nous dénonçons la transformation probable par le PDG-directeur de postes de PH inoccupés, avec pour résultat la constitution d'équipes de contractuels démotivés, ce qui est très grave en Anesthésie-Réanimation, où la notion d'équipe est capitale, au vu de la prise en charge de patients par différents médecins successifs.

Néanmoins, nous devons œuvrer en faveur de contrats de droit privé à l'intention de ces praticiens, sur la base de conventions collectives type ESPIC.

C) Les intérimaires

Variable d'adaptation de l'offre de soins devenue incontournable par la défaillance de recrutement de PH temps plein (crise démographique, salaires de base médiocres par rapport au privé, et création de déserts médicaux secondaire au laisser-faire administratif), l'intérim médical rassemble des praticiens issus d'horizons divers.

Ce sont des précaires débarqués de la restructuration du privé, des jeunes indécis quant à leur projet de carrière, des anciens que le secteur public a dégoûté, des « étoiles filantes instables » et des PH qui, en toute illégalité mais en toute tolérance par l'administration de cette illégalité, arrondissent des fins de mois au lieu de se voir proposer du TTA dans leur établissement d'origine.

Toutes les recommandations, tous les règlements qui ont permis de rendre l'anesthésie, la réanimation et la prise en charge médicalisée des urgences ces dernières années, sont bafoués. La responsabilité des directeurs devant une telle situation, qui aboutit à des contentieux en grand nombre, est immense.

Il convient de limiter le recours à de tels expédients, de borner la course folle aux frais induits, d'assurer la qualité des praticiens (par exemple, satisfaction des obligations en DPC), de centraliser par l'administration les demandes et de gérer le flux intérimaire.

Comment expliquer aux jeunes diplômés que la carrière de PH la voie royale quand elle est si peu rémunérée, déresponsabilisée, soumise à tous les aléas directoriaux, et qu'en plus les PH ont droit à moins d'égards administratifs qu'un contractuel ?

Qui, lui, ne connaissant pas l'établissement ne peut assurer des soins programmés et lissés, n'a pas d'obligation de DPC, et souvent n'est ni inscrit à l'Ordre des Médecins, ne parle pas la langue, et dont un livre récent a même montré qu'on organisait des confusions d'identités ?

Nous réclamons donc la fin de ce système intérimaire casino, et la mise en place d'un intérim géré par les ARS où la qualité des professionnels soit requise, et les besoins des établissements avérés après épuisement des autres solutions (poste de PH rendus attractifs, missions temporaires, remplacements dès licence de remplacement cf chapitre « démographie »).

D) Le Développement Professionnel Continu (DPC)

Au cœur de l' "amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins", le DPC est en cours de finalisation institutionnelle. (cf annexe)

Le temps de DPC est de la sécurité au sens judiciaire et de l'efficacité au sens institutionnel.

Le dispositif de validation de l'EPP et les RMM en sont les outils principaux. Effectifs dans les services de réanimation, l'organisation de RMM sur les secteurs d'anesthésie de chirurgie est en cours et l'on peut s'interroger sur la manière dont elles vont se mettre en place pour associer les chirurgiens aux RMM d'anesthésie et les MAR aux RMM de chirurgie, sans quoi ces RMM seraient vidées de leur sens .

Les moyens financiers et humains doivent être fournis aux équipes médicales pour permettre aux PH d'accomplir leur DPC, le budget de 0,75% actuellement dédié à la FMC est déjà insuffisant, et le doublement de ce budget serait le minimum nécessaire pour permettre la garantie d'un DPC de qualité indépendant de l'industrie. Un accès facile à Internet pour tous est un préalable à la mise en œuvre du DPC.

Les agréments de formation ne doivent être accordés qu'à condition d'une transparence dans leur organisation et de financement, en interdisant toute collusion d'intérêt.

Territoires et ARS

La notion de territoire de santé, ancienne, retrouve une nouvelle définition.

La création des CHT doit permettre de regrouper les activités de plateaux techniques, afin d'obtenir des équipes de taille suffisante assurant un volume d'activité suffisant pour permettre qualité et sécurité des soins.

La chirurgie, l'anesthésie-réanimation, la radiologie (dont la radiologie interventionnelle), l'obstétrique, l'accueil des urgences 24/24, et la régulation médicalisée des appels au 15 (SAMU) sont les éléments de ce plateau technique.

Il est urgent d'évaluer et d'adapter l'activité des pôles en Anesthésie-Réanimation rapportée à l'Equivalent-Temps Plein de Praticien Hospitalier.

Tous les établissements du territoire assujettis aux obligations de service public doivent assurer des soins de qualité opposable, rémunérés exclusivement en secteur 1, sous peine de rupture de contrat de remboursement de leurs soins avec l'ARS, et/ou de rupture de ce contrat avec le praticien.

Outre la problématique du CPOM et de la répartition des moyens entre les différentes structures du territoire, la notion de territoire recèle plusieurs pièges :

a) le dimensionnement du territoire doit assurer un « service médical rendu » de même qualité sur tout le territoire, et similaire au même SMR des autres territoires, tant pour l'activité programmée, que pour l'activité de permanence des soins. Les synergies doivent être recherchées, y compris avec des régions voisines, et les procédures de transfert de patient, surtout en urgence, définies.

Nous exigeons

- **que la notion de Service d'Anesthésie-Réanimation du territoire soit introduite, propre à interdire la médecine « foraine » par son souci d'organisation de l'anesthésie réanimation à l'échelle de la CHT.**
- **que la « continuité du service » ne concerne que des activités à « service médical rendu » irréfutables et au « reste à charge » minimal pour le patient, en prenant en compte la fatigue physique, la pénibilité et la satisfaction au travail des praticiens.**
- **que la bonne organisation du temps de travail médical du Service d'Anesthésie Réanimation du Territoire soit un but permanent.**
- **que le maillage territorial soit conçu régionalement avec l'Anesthésie-Réanimation et les autres acteurs de la permanence des soins. Les territoires vont dans un premier temps voir leur frontières coïncider avec celles des départements actuels : cela est contradictoire avec l'idée d'une répartition homogène des besoins en médecins, en particulier AR, dans une région, les disparités restant ce qu'elles sont actuellement entre départements dotés d'un CHU et ceux qui n'en sont pas.**

b) Si la restructuration des plateaux techniques est décidée, le transfert de moyens en personnel et matériel doit l'accompagner.

L'organisation de l'Anesthésie Réanimation dans le Territoire doit être renforcée par le regroupement des activités et des effectifs sur le centre référent sans perte de postes, et une articulation cohérente avec les centres associés.

L'astreinte doit disparaître dans ces centres au profit de la seule permanence des soins sur place pour notre spécialité, intimement liée à la permanence des soins hospitalière (anesthésie, réanimation, médecine d'urgence). Le partage de l'information et les transferts d'image doivent être possible entre les divers EPS de la CHT notamment en cas de demande d'avis ou de transfert.

c) la permanence des soins

Le dimensionnement du territoire de santé doit rendre compatible tous les soins urgents selon des critères de qualité égale sur tout le territoire national.

La restructuration des sites d'accueil doit s'accompagner d'une augmentation des moyens proportionnelle à la demande.

L'engorgement du centre référent doit être prévenu par la persistance des centres associés, pour une activité ciblée et pour des soins QSS.

Pour ce qui concerne l'anesthésie réanimation il faut :

Assurer des lignes de garde comportant la présence de 7 praticiens minimum.

La création des CHT doit permettre de regrouper les activités de plateaux techniques.

Mais,

- **Les transferts de postes budgétés de praticiens hospitaliers doivent accompagner le transfert d'activités ;**
- **Les médecins du secteur libéral doivent aussi être mis à contribution pour assurer la PdS en AR et dans les autres spécialités de plateaux techniques ;**
- **La PdS sera organisée sous forme de « permanence sur place » dans les établissements référents ou les centres habilités à rester en fonctionnement 24/24 pour une activité ciblée.**

Les ARS

Nous saluons la création des ARS.

Néanmoins,

- **nous réclamons la représentation des PH à proportion égale des autres offreurs de soins au sein de la Commission Permanente de la Conférence Régionale de la Santé.**
 - **nous réclamons la représentation syndicale hospitalière au sein de la Commission Permanente de la Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie et du Conseil de Surveillance des ARS.**

La permanence des Soins Hospitalière doit avoir une représentation autonome au sein de cette Commission Permanente et du Conseil.

Les anesthésistes-réanimateurs d'un territoire, de par leur expertise en matière de Qualité et Sécurité des Soins (QSS), de gestion des plateaux techniques, et de Permanence des Soins, doivent pouvoir intervenir en amont de la rédaction par les ARS du CPOM du territoire.

CONCLUSION

La rédaction de ce « Livre Blanc » intervient dans une époque de mutation de l'Hôpital Public, et, plus précisément à un moment de mise en œuvre du 3^e acte de cette mutation.

Le SMARNU est partie prenante de cette mutation, dont il anticipe les choix depuis longtemps par ses revendications, mais pas à n'importe quel prix.

Le SMARNU rappelle qu'un système de santé inspiré par les impératifs de qualité et de sécurité des soins est avant tout un système où prédomine la confiance, la motivation et l'incitation aux initiatives.

Il fait le choix de conserver un Hôpital Public fort, parce qu'il sait que par le passé, comme à l'avenir de cette époque marquée par la crise de société globale, cet hôpital sera, comme beaucoup de services publics, un des piliers de la nation.

I Annexe sur le Temps de Travail Additionnel

INTRODUCTION

Le temps de travail des Praticiens Hospitaliers (quel que soit leur statut) se décompose en

1) Obligations de service (y compris la permanence des soins) = soit 10 demi-journées (+ temps d'astreinte – opérationnelle ou de sécurité) ; soit 48 h hebdo maxi lissées sur 4 mois pour ceux à qui la COPS a accordé l'organisation temps continu ;

2) Temps de Travail Additionnel (TTA)

Cette variable d'ajustement du temps de travail médical est indispensable au bon fonctionnement de nombre de services fonctionnant en temps continu.

Elle est en sursis, vu la fin programmée encore à ce jour de la tolérance au dépassement des 48 heures de travail maximum (opt-out)

DEMANDES

POINT 1

- 1. L'article 6 de la DE 2003/88 stipule que la durée moyenne de chaque période de 7 jours n'excède pas 48 h. (lissée sur 4 mois). Elle inclut les heures supplémentaires. Le statut particulier du Praticien Hospitalier ne mentionne pas la notion d'heures supplémentaires.*
- 2. Il n'est pas prévu de dérogations à l'article 6 des DE pour les personnels de santé (article 17). Seul l' « opt-out » permet un allongement de la durée hebdomadaire de travail. (article 18 devenu 22 entre la DE1993 et la DE2003). Cette disposition est en sursis.*
- 3. Néanmoins, dans l'attente, l'opt-out a permis de définir pour les Praticiens Hospitaliers un temps de travail supplémentaire effectué au-delà de 48 heures appelé Temps de Travail Additionnel (TTA). Ce temps de travail additionnel est actuellement comptabilisé en « plages » d'une durée arbitraire de 12 heures.*
- 4. Le temps de travail maximal d'un PH est de 48 h. Le décompte des obligations de service est aisé lorsque le travail est organisé en temps continu. Il est mal aisé lorsque qu'il est organisé en demi-journées, pouvant donner lieu à toutes les interprétations. Dans les DE 1993 et 2003, toute référence à la durée du temps de travail se fait en heures. La notion de demi-journée doit être précisée, en particulier sa durée en heures.*

DONC = *1. En accord avec la DE, le Temps de Travail Additionnel du Praticien Hospitalier doit être décompté et comptabilisé en heures. Ce travail supplémentaire ne saurait être regroupé en plages horaires.*

2. Pour qu'il puisse être valablement déclenché, il faut que les obligations de service soient toutes définies en heures, en particulier la demi-journée.

3. Si les heures supplémentaires sont déjà incluses dans la durée maximale de travail autorisée par la DE, il convient de préciser, pour le statut du PH et en accord avec la lettre de la DE, à partir de quelle heure elles sont déclenchées (la 39 è ?, la 42 ?), le TTA ne faisant que compléter ce dispositif au-delà des 48 premières heures.

4. le nombre de jours RTT attribués aux PH (20) est supérieur à celui attribué aux autres catégories de personnels (17) dont la durée de travail est de 39 h. La durée « légale » du travail étant de 35 h, quelle est la durée du travail 35 h + 20 RTT ?

POINT 2

- 1. Le TTA est indifféremment déclenchés le jour (8h30-18h30) ou la nuit (18h30-8h 30) ;*
- 2. S'il est déclenché le jour, il contribue à la continuité des soins (c'est sa vocation) ;*
- 3. S'il est déclenché la nuit, il contribue à la permanence des soins hospitalière (PSH). Cette PSH qui est un élément essentiel de la prise en charge des urgences serait alors subordonnée au volontariat. La PSH ne saurait relever d'un quelconque volontariat, sous peine de graves dysfonctionnements.*

DONC = *Le Temps de Travail Supplémentaire doit être tout entier situé dans les horaires diurnes, et affecté uniquement à la continuité des soins, sans être affecté à la PSH, qui doit toute entière relever des « obligations de service ».*

POINT 3

Le salaire horaire brut moyen du PH TPlen (uniquement calculable dans le cas du maximum européen de 48 h/sem, soit 832 h/quadrimestre d'obligations de service) est de (Arrêté 12 juillet 2010) =

Salaire annuel moyen / 3 quadrimestres = 68959 € / 3 = 22986,33 €/quadrimestre
Salaire horaire par quadrimestre de 832 h = 27,63 €/h

Cette somme concerne le tarif horaire, que l'heure soit de jour ou de nuit.

La nuit, une indemnité de sujétion (IS : 264.63 € au 12 juillet 2010) est accordée. Cette IS indemnise une plage de 14 h (18h 30 / 8h 30). Ainsi, le tarif horaire brut de nuit se situe à =
(264.63 € / 14) + 27.63 = 18,90 + 27,63 = 46.53 €

Le tarif horaire d'une plage de 12h de TTA le jour est de (Arrêté 12 juillet 2010) =
317.55 € / 12 = 26.46 € soit 96 % du tarif normal de jour du salaire horaire brut moyen. (26.46 / 27.63)

Le tarif horaire d'une plage de 12h de TTA la nuit est de (Arrêté 12 juillet 2010) =
473.94 € / 12 = 39.50 € soit 85% du tarif normal de nuit du salaire horaire brut moyen. (39.5 / 46.53)

1. Actuellement, l'heure unitaire brute de la plage de 12 heures de TTA vaut entre 85% et 96% de l'heure moyenne de rémunération du PH Temps plein, selon qu'elle est comptabilisée le jour ou la nuit.
2. Elle est faiblement attractive, alors qu'elle pourrait être un des éléments de la meilleure attractivité du secteur hospitalier public, en direction des candidats à la carrière de PH de médecins de disciplines déficitaires.
3. Elle est plus attractive si les émoluments annuels sont en deçà des émoluments moyens (9^e échelon)

DONC = Ces heures de TTA doivent être déclenchées uniquement pour les horaires non-PDS (jour) et rémunérées à hauteur de 150 % de l'heure moyenne de rémunération du PH temps plein, soit 41.45 €/h. (Le calcul n'est fait que pour l'heure supplémentaire au-delà de 48h, puisque nous récusons la notion de « plage », et uniquement pour la valeur non-PDS (jour), puisque nous récusons la notion d'heures supplémentaires (donc soumises au volontariat) pour la PDS.

CONCLUSION

Le Temps de Travail Additionnel, « issu de l'opt-out », est une variable d'ajustement du temps de travail médical en sursis certes, mais actuellement indispensable au bon fonctionnement des plateaux techniques. Il est peu probable qu'il soit supprimé d'ici la grande vague de démedicalisation qu'attend prochainement le secteur public hospitalier. Son principe pourrait perdurer.

Il est coûteux, donc il doit être déclenché à bon escient, et pour des missions de continuité des soins particulières, donc doit être horarisé. De même, la demi-journée doit être horarisée, seul moyen de déclencher le TTA en toute transparence.

Il est soumis au volontariat, et doit être attractif à l'encontre de spécialités déficitaires, dont l'anesthésie-réanimation, et la médecine d'urgence.

Il est soumis au volontariat, et ne doit donc pas interférer avec une des missions premières de l'hôpital public, la permanence des soins.

II Annexe sur la rémunération de l'Indemnité de Sujétion

Le statut du PH prévoit un maximum de 48 h de travail hebdo lissé sur 4 mois.

1) Quel est le salaire annuel brut moyen du PH T Plein (Arrêté 12 juillet 2010) ?

Salaire annuel 13^e éch + salaire annuel 1^{er} éch / 2 = 88939.41 + 48978.59 / 2 = **68959 €**

2) Quel est le salaire horaire brut moyen du PH T Plein (si les obligations de service sont limitées à 39 h/sem soit 702 h/quadrimestre d'obligation de service) ?

Salaire annuel moyen / 3 quadrimestres = 68959 € / 3 = 22986,33 €/quadrimestre
Salaire horaire par quadrimestre de 832 h = 27,63 €/h

Cette somme concerne le tarif horaire, que l'heure soit de jour ou de nuit.

3) Quel est actuellement le tarif de la permanence sur place (avec l'intégration de la garde dans le temps d'obligation de service avec un maximum de 48 h / hebdo).

La permanence sur place a une durée maximum de 14 h (18h30 à 8 h30) :

c) salaire horaire = 27.63 x 14 = 386.82 €

d) indemnité de sujétion (Arrêté 12 juillet 2010) = 264.63 €

Total pour une PsP (« garde ») au 12/07/2010 = 386.82 + 264.63 = 651.45 €

Soit 651.45 / 14 = 46.53 € l'heure de PsP

Bonification « pénibilité » : 50,43/32,07 : 168 %

Revendication = Bonification de l'heure de nuit à 200% de l'heure de jour = (soit 27.63 x 2) 55.26 € (discours PR)

Garde à 200% = 55.26 x 14 : 773.64 €

Part payée par l' IS = 773.64 – 386.82 = 386.82 €

Donc, nous réclamons que l'INDEMNITE DE SUJETION soit portée à 387 €

Pour 39 h de travail, l'Indemnité de Sujétion devrait être portée à 450 €

III Annexe sur le calcul de points pénibilité

Il existe 2 types de pénibilité : la pénibilité immédiate (indemnisée par l'indemnité de sujétion)

Et la pénibilité cumulée (non indemnisée mais reconnue, donc à indemniser)

Principes :

- 1) défendre le concept de pénibilité pour l'ensemble des PH et pas pour telle ou telle catégorie ;
- 2) reconnaître des critères d'accès uniques à une indemnisation pour la pénibilité cumulée ;
- 3) associer la validation de ces critères d'accès au respect des textes sur le temps de travail et transparence absolue du temps de travail accompli (respect du tableau de service opposable en unités de temps horarisées);
- 4) Imaginer une indemnisation en temps plus que financière.
- 5) Reconnaître une pénibilité spécifique à la permanence sur place (psp) et au temps de travail organisé en temps continu.

Définition :

Critères relatifs aux périodes de temps = travail nocturne entre 24h et 5h (DE), et Dimanche/JF

Jours légaux de repos sacrifiés (placés sur CET)

Heures supplémentaires (TTA) payées, ou placées sur un CET, avec

2 niveaux de gravité (39-48 h puis > 48h)

+ seuil d'exposition = astreintes : 10 par mois dont 5 avec déplacements entre 0h et 5 h. 50 unités-astreintes par an (appels téléphoniques : ¼ de l'unité astreinte, soit 4 appels t1ph = 1 déplacement)

= permanence sur place (psp) : 40 unités-ppsp par an (dimanche et JF comptent double)

+ durée d'exposition = 30 ans

Autres critères =

- exposition à des substances toxiques (ou agressions par malades),
- travail sous cadences imposées,
- travail en multi site simultané,
- « pénibilité vécue » (sujétion à plusieurs donneurs d'ordres ou demandes de patients, port 24/24 du « bip »)

Accorder des valeurs à chaque item

Ce qui permet de =

+ Identifier les professions soumises à tout ou partie des critères. (à titre d'exemple, les Urgentistes et les AR sont soumis à tous les critères)

+ Créer des points « pénibilité » qui sont dégagés en fonction des critères satisfaits.

Ils sont colligés dans un Compte Pénibilité (Transparence absolue, avec octroi opposable des points)

Indemnisation de la Pénibilité Cumulée (points « pénibilité » comptabilisés tous les ans et tenus sur un Compte Pénibilité par les DAM)

- 2) retraite anticipée possible à taux Régime Général plein pour 60 ans + 1200 unités-*psp* (soit 40 unités-*psp*/an sur 30 ans) ou 1500 unités-*astreintes* (soit 50 unités *astreintes*/an)
- 3) Octroi d'un double repos de sécurité après une permanence sur place (48 h) après 60 ans, et non dépassement de la limite de 42 h/ travail par semaine (une période de 24h + 2 jours)
- 4) 14^e échelon pour ceux qui acceptent de travailler au-delà de 60 ans + 1200 *psp*
- 5) Valeur au point pénibilité versé sur une caisse non *Ircantec*
- 6) Doublement des cotisations *IRCANTEC* en tranche B pour les *psp* (pénibilité spécifique de la *psp*) et les heures > 48 h (pénibilité spécifique au temps continu)
- 6) rétroactivité des points 4 et 5 depuis 1993

IV Annexe

REFERENTIEL METIER COMPETENCES ANESTHESIE-REANIMATION

Préambule

Ce document est le fruit de la réflexion d'un groupe de travail représentatif de notre discipline qui a défini un référentiel métier, où tout à chacun se retrouve dans ses compétences. L'objectif est d'avoir une garantie des compétences professionnelles suite aux demandes de la société, de la part des patients et des financeurs, ainsi qu'une bonne programmation et gestion des besoins d'évolution de la formation de la discipline.

Docteur James BRODEUR, Président du Syndicat des Médecins Anesthésistes-Réanimateurs non Universitaires

Professeur Claude ECOFFEY Président du Comité Vie Professionnelle la Société Française d'Anesthésie-Réanimation (SFAR)

Professeur Gérard JANVIER, Président de la Collégiale des enseignants d'Anesthésie-Réanimation et du CNU : Président de la sous-section 48-01 (anesthésie réanimation)

Docteur Laurent JOUFFROY, Président de la Société Française d'Anesthésie-Réanimation (SFAR)

Docteur Michel LEVY, Président du Syndicat National des Anesthésistes-Réanimateurs Français (SNARF)

Professeur Claude MARTIN, Membre de la Société Française d'Anesthésie-Réanimation (SFAR)

Docteur Nicole SMOLSKI, Présidente du Syndicat National des Praticiens d'Anesthésie-Réanimation (SNPHAR)

Professeur Annick STEIB, Présidente du Collège Français des Anesthésistes-Réanimateurs (CFAR) Ce travail avait été initié avec le **Professeur Jean-Marie DESMONTS**, Conseiller du Ministre de la Santé, Président de la commission de qualification en Anesthésie – Réanimation en 1^{ère} instance du Conseil de l'Ordre National Médecins (CNOM) et le **Professeur Philippe SCHERPEREEL**, Président de la

Depuis sa création la discipline d'anesthésie-réanimation a constamment amélioré son organisation globale. En alliant une culture de qualité et une politique de gestion des risques, l'Anesthésie-réanimation a divisé le nombre de décès directement imputable à son exercice par 10, alors même que le nombre d'anesthésies doublait et passait à 8 millions actes/an et concernait des patients de plus en plus âgés, porteurs de pathologies associées de plus en plus lourdes pour des actes chirurgicaux de plus en plus complexes. Un référentiel métier doit permettre d'édicter des règles, dont le but pour l'anesthésie-réanimation est la qualité et la sécurité des soins, et la sérénité au travail des professionnels :

- Formation initiale de la spécialité.
- Reconnaissance des diplômes et qualifications de l'espace européen (directive 2005/36).
- Nouvelle procédure d'exercice pour les praticiens hors Union Européenne (PADHUE).
- Reconnaissance des compétences acquises.
- Formation médicale continue, entretien des connaissances, Développement Personnel continu (DPC).
- Organisation de la profession.
- Satisfaction et santé au travail des médecins, en particulier prise en compte du temps de travail et de sa pénibilité.

Concernant l'Anesthésie-Réanimation, l'exercice quotidien est encadré par le décret sur la Sécurité en Anesthésie Réanimation de 1994, et par des recommandations de la SFAR. Des « recommandations concernant les relations entre les anesthésistes réanimateurs et chirurgiens, autres spécialistes ou professionnels de santé » ont été émises par des groupes de travail issus des organisations professionnelles et scientifiques sous l'égide du Conseil National de l'Ordre (2).

Les relations avec les autres professionnels de santé sont parfaitement définies, en particulier les Infirmier(e)s Anesthésistes Diplômé(e)s d'Etat (IADE) dont la formation et les compétences sont également régies par des textes réglementaires.

La profession doit résoudre avec les pouvoirs publics un certain nombre de problèmes tels que la répartition géographique sur le territoire français ou les perspectives démographiques, sans que soit remise en question la qualité des professionnels, ni la qualité de l'exercice. Le contexte de l'exercice : établissement privé ou public de santé ou centre hospitalier universitaire ne doit pas influencer sur le métier d'anesthésiste-réanimateur.

1. REFERENTIEL FORMATION :

1. FORMATION INITIALE DES MEDECINS SPECIALISTES EN ANESTHESIE-REANIMATION : LE DESAR

La formation initiale définit le champ de compétences dévolues à une spécialité médicale ou chirurgicale.

Elle ouvre à l'acquisition de compétences théoriques et pratiques qui devront être entretenues ultérieurement par le développement personnel continu (DPC).

Le diplôme d'Etudes Spécialisées d'Anesthésie-Réanimation (DESAR) est la voie exclusive de formation de la spécialité en France. Ce DES est organisé au sein d'une filière spécifique de l'internat. Sa durée est de 5 ans.

Les DES ont donc une compétence professionnelle reconnue en anesthésie et en réanimation (*annexe 1*).

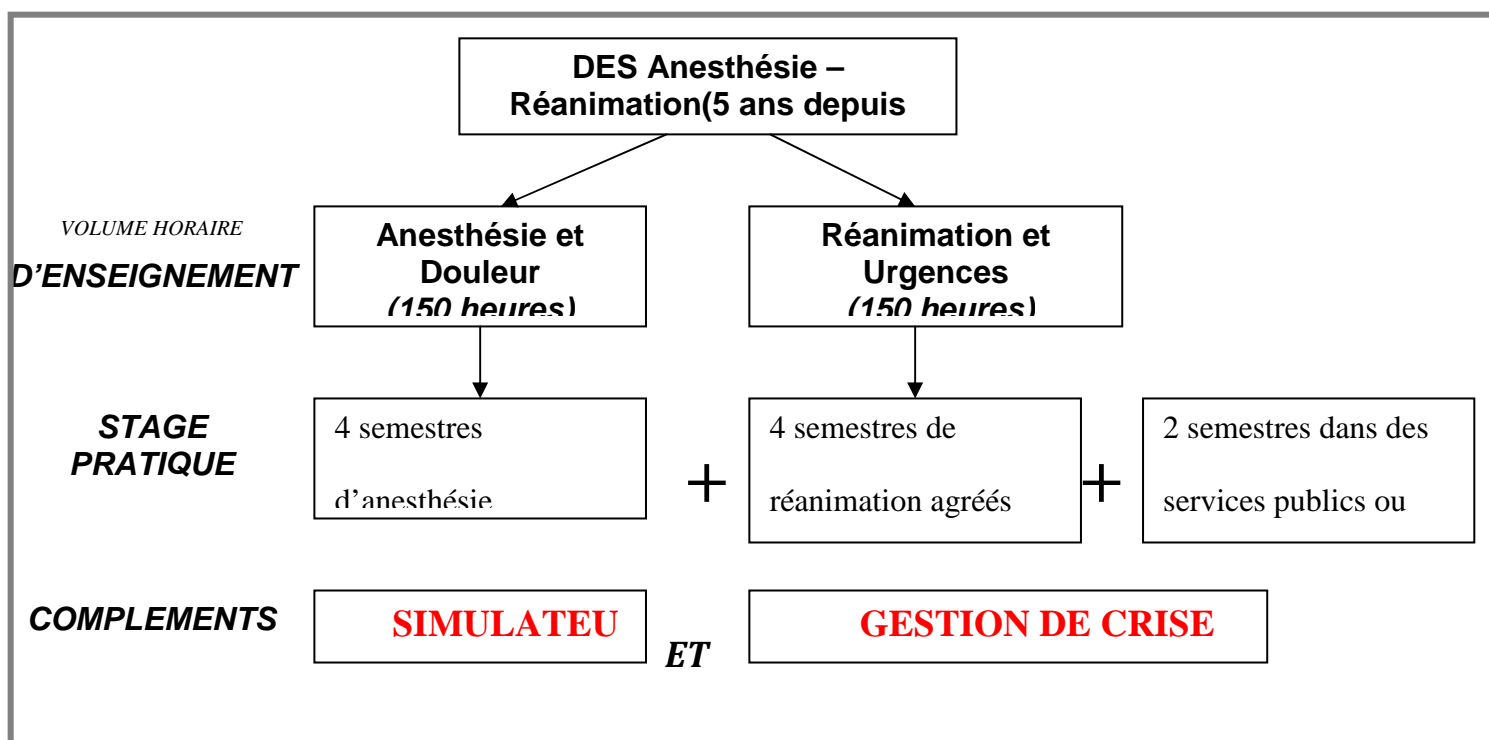
REGLEMENTATION PROGRAMME OFFICIEL

Le programme des enseignements ainsi que les obligations de formation pratique (maquette) du diplôme actuel sont réglementés par l'*arrêté du 20 juin 2002 publié au Journal Officiel le 26 juillet 2002*. Il est constituée d'un enseignement de 150 heures d'anesthésie – douleur et d'un enseignement de 150 heures pour la réanimation et les urgences (*figure 1*).

L'entrée dans ce diplôme de troisième cycle de médecine spécialisée se fait à l'issue de l'examen national classant de fin de 2^{ème} cycle. L'anesthésie réanimation constitue l'une des filières individualisées.

Le nombre de postes ouverts dans la discipline est fixé annuellement par un arrêté du Ministre chargé des Universités et du Ministre chargé de la Santé (*annexe 2*). Le recrutement des DESAR montre une augmentation récente progressive des postes ouverts sur le territoire national avec une redistribution préférentielle vers le nord géographique du pays.

Figure 1 : MAQUETTE TYPE THEORIQUE ET PRATIQUE DE LA FORMATION D'UN D.E.S D'ANESTHESIE-REANIMATION



* un nouveau référentiel de formation est proposé au Ministère de la Santé qui a mis en place le CNIPI centré sur cette question et répondant aux besoins de la loi HPST.

La maquette du diplôme se décline suivant un enseignement théorique réparti en modules (*annexe 3*) et une formation pratique qui est réalisée au cours de 7 semestres effectués dans les services agréés par le DESAR, 1 semestre dans un service de

réanimation du CHU ou conventionnée agréé pour le DESC de réanimation médicale et 2 semestres dans les services agréés pour la spécialité ou dans une autre spécialité.

Le transfert de connaissances pratiques à l'interne est basé sur un compagnonnage fondé sur 3 principes : l'exemplarité suivie de la répétition avec correction progressive des erreurs, l'acquisition de l'autonomie et enfin l'explication par le tuteur de ses choix techniques, stratégiques et médicaux. Le CFAR a proposé une formalisation de ces acquis sur le modèle européen d'un carnet de stage.

L'enseignement de la discipline est coordonné pour 3 ans par un Professeur d'Université désigné par ses collègues au sein d'une région universitaire, selon les dispositions réglementaires fixées par l'arrêté du 22 Septembre 2004, article 7, 8 et 9.

Les missions des coordonnateurs locaux de régions (subdivisions) sont :

- L'encadrement des internes en veillant tout spécialement à respecter les flux d'étudiants admis dans la discipline.
- L'organisation de l'enseignement théorique et pratique.

**DES Anesthésie – Réanimation
(5 ans depuis 2002)**

**Anesthésie et
Douleur
(150 heures)**

**Réanimation et
Urgences
(150 heures)**

**4 semestres
d'anesthésie**

**4 semestres de
réanimation agréés
par la spécialité**

**2 semestres dans
des services publics
ou privés *agréés
par la spécialité**

**SIMULATEUR
GESTION DE CRISE EN GROUPE,
GESTION DES RISQUES ++**

**VOLUME HORAIRE
D'ENSEIGNEMENT
STAGE
PRATIQUE**

COMPLEMENTS

- La surveillance du cursus du futur spécialiste en vérifiant l'adéquation des stages effectués à la maquette, et l'accomplissement des actes prévus par le carnet de stage.

Pour remplir ses missions, le coordonnateur s'entoure d'un collège d'enseignants constitué de :

Tous les professeurs de la discipline.

Tous les enseignants de rang B (*assistant / assistant - chef de clinique et maître de conférences des Universités*).

- Les praticiens hospitaliers impliqués dans l'enseignement de l'anesthésie réanimation, dont le rôle universitaire devrait être reconnu officiellement au sein de ce collège, notamment à partir de la mise en place de valences de temps consacrées à l'enseignement ou à la recherche.

Un coordonnateur interuniversitaire est nommé par les enseignants universitaires de l'inter région ; il est chargé de l'organisation des évaluations terminales des enseignements.

Dans la plupart des inter-régions, une évaluation continue des connaissances est organisée sous la forme d'évaluation écrite, le plus souvent par QCM après chaque module, des évaluations orales annuelles et dans la phase terminale du cursus une évaluation incluant la vérification de l'accomplissement de la maquette, des évaluations de connaissances et la soutenance publique d'un mémoire de fin d'études en présence des enseignants de l'inter-région.

La formation initiale des anesthésistes-réanimateurs comprend l'enseignement de l'anesthésie, de la réanimation, de la médecine d'urgence et de l'évaluation et de la prise en charge de la douleur. Dans ces 4 domaines, la formation initiale du DESAR donne accès à une approche multidisciplinaire de ces activités.

La recherche dans ses 3 composantes clinique, fondamentale et transactionnelle s'exprime fortement dans la discipline ; les praticiens, universitaires et non universitaires sont de plus en plus associés dans des projets de grande envergure de discipline voire hors discipline.

Ce large champ professionnel constitue une opportunité et une attractivité pour la carrière d'un médecin anesthésiste-réanimateur en permettant l'évolution de sa pratique clinique, par exemple, d'une activité initiale prédominante en anesthésie réanimation, vers une activité orientée dans des domaines autres tels la douleur chronique ou l'urgence.

Cette diversité des métiers à l'intérieur d'une même spécialité implique toutefois un approfondissement des connaissances et des pratiques dans ces différents domaines.

Les universitaires d'anesthésie-réanimation ont mis en place des diplômes universitaires ou interuniversitaires pour répondre à ces besoins de formation complémentaires. De nombreuses formations proposées par d'autres organismes (SFAR, associations) dans le cadre de la formation continue et labellisées par le Collège Français des Anesthésistes-Réanimateurs (OA FMC) contribuent au développement professionnel continu.

2. RECONNAISSANCE DES DIPLOMES AU SEIN DE L'UNION EUROPEENNE

La Procédure d'Autorisation d'Exercice (PAE) est décrite par l'article L4111-1 du Code de la Santé Publique (CSP), définissant les conditions ouvrant droit à l'exercice de la médecine en France.

La reconnaissance par équivalence des pays de l'Union Européenne ne devrait théoriquement pas poser de problème dans le cadre de la directive 2005/36/CE (*annexe 4*) dès lors que les pays ont accompli effectivement les efforts nécessaires pour se conformer aux standards de formation reconnus.

Le concours de recrutement des praticiens hospitaliers sur le territoire français fait appel à une réglementation récente où le concours de type 1 est très difficilement évaluatif sur les compétences des professionnels médecins étrangers. Le recours à une homologation des compétences et connaissances via un examen européen tel que l'European Diploma in Anesthesiology and Intensive Care (EDA) organisé par l'European Society of Anesthesiology (ESA) assurerait une garantie de qualité unanimement reconnue.

Ce diplôme en deux parties, l'une écrite à base de QCM et l'autre orale, sur le modèle du FRCA britannique a déjà été adopté par un certain nombre de pays comme examen national validant la spécialité.

L'entrée des pays de l'Est de l'Europe dans l'Union Européenne a été précédée d'un alignement des durées et des programmes de formation en Anesthésie-Réanimation sur les standards Européens. Plusieurs organismes Européens de la discipline ont joué un rôle déterminant, qu'il s'agisse du Board Européen d'Anesthésie-Réanimation (EBA) de l'UEMS, de l'Académie Européenne d'Anesthésiologie (EAA) ou de la fondation Européenne d'enseignement en Anesthésiologie (FEEA) en matière de formation médicale continue. Cette dernière s'est placée sous tutelle de l'ESA depuis 2009 en prenant la forme d'un Comité Européen de l'Enseignement en Anesthésie (CEEA).

Le Board Européen de l'UEMS a élaboré des standards de formation exigibles en terme de durée de formation (4 ans minimums), de programme d'enseignement (*annexe 5*) ou de formation pratique (carnet de stage).

Conjointement avec l'Académie Européenne, puis l'ESA, la discipline a conduit un programme de visite et d'accréditation des hôpitaux visant à vérifier l'adéquation des centres de formation aux standards Européens.

3. RECONNAISSANCE DES DIPLOMES HORS UNION EUROPEENNE

L'autorisation d'exercice en France des praticiens à diplôme hors Union Européenne (PADHUE) est définie par l'article L4111-2 du Code de la Santé Publique (CSP) et par la circulaire n°DHOS/M/2007/61 du 7 février 2007 (*annexe 6*).

La Procédure d'Autorisation d'Exercice (PAE) repose sur :

- Des épreuves de vérification des connaissances et de maîtrise de la langue française.
- Une période d'exercice permettant le contrôle des pratiques professionnelles.
- L'avis d'une commission, par profession et par spécialité, avant l'autorisation ministérielle.

Actuellement cette autorisation ne peut être obtenue qu'après une longue période de séjour en France effectué dans des conditions souvent précaires, sur des postes temporaires, dans des établissements en telle difficulté qu'ils ne disposent ni d'un encadrement ni d'un accompagnement minimum ni des possibilités de formation complémentaire. De plus certains contrats d'engagement exposent à des formes d'exploitation, notamment en termes de charge de gardes, forcément préjudiciables à la qualité des soins rendus et à la santé de ces médecins. La spécialité ne peut cautionner un tel exercice dégradé de certains spécialistes et le fait que le service rendu prime sur la qualité des soins et la sécurité des patients pris en charge.

Les nouvelles procédures d'autorisation d'exercer la médecine en France sont très réglementées. Les postulants après concours (NPA) et admission doivent exercer pendant trois ans dans une structure publique avec la fonction d'assistant associé.

Cette période leur permet d'accéder à un recrutement annuel, via une commission ad hoc au Ministère de la santé. Après avis favorable de cette commission, le médecin étranger obtient l'autorisation d'exercer la médecine en France, avec inscription au Conseil de L'Ordre et possibilité de se présenter (après deux ans d'exercice comme praticien contractuel) au concours de praticien hospitalier français.

Au total, aucune autorisation d'exercer ne doit être délivrée en dehors de l'obtention du diplôme de spécialité (DESAR) et de la qualification ordinale sur la base réglementaire, celle-ci excluant toute reconnaissance de compétence acquise hors diplôme. L'évaluation universitaire et diplômante doit être la même pour les PADHUE que pour les DESAR ou médecins à diplôme européen.

L'homologation des compétences et connaissances via un examen européen tel que l'EDA organisé par l'European Society of Anesthesiology (ESA) apporterait une garantie de qualité déjà soulignée dans le chapitre précédent.

2. REFERENTIEL DE PRATIQUE PROFESSIONNELLE

Le champ d'activité des anesthésistes-réanimateurs peut s'envisager à l'intérieur même de l'anesthésie-réanimation mais également dans d'autres activités sur lesquelles ouvre la spécialité et qui peuvent être pratiquées conjointement ou isolément d'une pratique anesthésique.

Ces différentes pratiques relèvent donc des aspirations et des compétences spécifiques individuelles, de l'organisation et du fonctionnement à l'intérieur des services et des institutions.

2-1. CHAMP D'ACTIVITE A L'INTERIEUR DE L'ANESTHESIE

Le diplôme de Médecin Anesthésiste-Réanimateur (DESAR) valide une formation de haut niveau en 5 ans, et permet un exercice plein et entier de l'anesthésie et de la réanimation. L'évolution des spécialités chirurgicales peut conduire certains MAR à une sur-spécialisation de fait, mais qui en aucun cas ne doit conduire à une dévalorisation de ce diplôme.

La maquette des stages au cours de la formation initiale, le carnet de stage, prévoient que le DESAR soit confronté à un minimum de pratique obligatoire dans certains domaines particuliers de l'anesthésie réanimation (*pédiatrie, obstétrique notamment*) et sont une très bonne préparation à cet exercice sur-spécialisé.

Certaines sur-spécialisations nécessitent pour un plein exercice une formation par compagnonnage, qui doit être reconnue via la FMC. Des diplômes universitaires ou inter universitaires peuvent y contribuer, ce sont des compléments de formation et non un pré requis pour l'exercice. Ils ne sont pas opposables notamment sur le plan réglementaire, ou statutaire. Le CFAR et la SFAR ont rédigé de façon conjointe des textes contributifs aux modalités de maintien des compétences notamment en anesthésie pédiatrique (annexe 7)

La spécialité d'Anesthésie-réanimation est une et indivisible, ce qui n'empêche pas de se sur-spécialiser, et permet un profil de carrière adapté à chaque médecin, socle de l'attractivité de notre spécialité. Les SROSS définissent dans chaque région les

établissements qui ont les seuils nécessaires à la pratique de certaines activités. Ces seuils d'activité sont exigibles pour **l'ensemble de l'équipe qui les pratique**, afin de permettre le compagnonnage nécessaire à l'acquisition de certaines compétences sur- spécialisées.

2-2. CHAMP D'ACTIVITE DES ANESTHESISTES-REANIMATEURS A L'INTERIEUR DE LA REANIMATION :

Le passage de la formation spécialisée à 5 ans, justifié par le renforcement de l'enseignement de la réanimation, permet aux anesthésistes-réanimateurs l'exercice aussi bien en réanimation chirurgicale ou spécialisée qu'en réanimation polyvalente.

L'activité de réanimation concerne 56% des anesthésistes-réanimateurs dont 53,1% se consacrent à la réanimation chirurgicale, 35,5% à la réanimation polyvalente médicale et chirurgicale, 20,3% à la réanimation spécialisée et 8,7% à la réanimation médicale (3).

En dehors des chambres d'hospitalisations conventionnelles, le décret sur la réanimation (5 avril 2002) prévoit 3 niveaux de soins permettant de rationaliser la prise en charge post opératoire des opérés :

- Surveillance continue impliquant un renforcement du monitoring et des soins infirmiers.
- Soins intensifs accueillant pour une durée brève (<72h), les patients faisant l'objet d'une chirurgie lourde ou présentant un état pathologique pré existant et nécessitant le cas échéant une poursuite momentanée de la ventilation assistée.

- Réanimation en cas de complication et/ou de défaillance multi viscérale nécessitant une prise en charge lourde de plus longue durée.

Les structures de réanimation polyvalente à composante chirurgicale sont dévolues aux patients ayant des facteurs de comorbidités graves, dans les suites de différents types de chirurgies (*thoracique, abdominale, ...*) tandis que dans les structures hospitalières de plus grandes dimensions des réanimations spécialisées existent après chirurgie cardiovasculaire, neurochirurgie, pédiatrique, ou après urgences traumatiques ou de grands brûlés. Ces unités de réanimation spécialisées sont confiées à des anesthésistes-réanimateurs en étroite collaboration avec des chirurgiens.

2-3. CHAMP D'ACTIVITE DES ANESTHESISTES REANIMATEURS A L'INTERIEUR DES SERVICES CHIRURGICAUX

Le médecin Anesthésiste-Réanimateur a une expertise particulière pour un certain nombre de domaines dans **la médecine péri-opératoire** (analgésie, antibioprophylaxie et thérapie, thromboprophylaxie, désordres métaboliques, nutrition artificielle, défaillances d'organes etc) Cette approche est d'autant plus importante qu'il est reconnu et demandé une continuité des soins (clairement explicitée dans la loi HPST) dans certains secteurs (notamment ambulatoire). De nombreux travaux scientifiques ont démontré qu'une meilleure prise en charge péri opératoire précoce améliorerait le devenir des patients à long terme.

L'organisation des soins péri-opératoires doit se faire en concertation avec les autres intervenants. L'établissement d'une charte d'organisation anesthésico-chirurgicale, portant sur le péri-opératoire, mais aussi sur le partage de moyens afférents, doit être formalisée et entrer dans la procédure de certification

2-4. CHAMP D'ACTIVITE DES ANESTHESISTES-REANIMATEURS EN MEDECINE D'URGENCE

Historiquement, les anesthésistes-réanimateurs ont été à l'origine de la création des SAMU et dans la plupart des cas de la création de l'enseignement de la médecine d'urgence et de catastrophe.

Actuellement on assiste à l'émergence de la spécialité médicale de Médecine d'Urgence avec l'arrivée des premiers spécialistes issus du DESC de médecine d'urgence ; DESC auquel ont accès les DES d'anesthésie-réanimation mais où la majorité des étudiants proviennent du DES de médecine générale.

La discipline d'anesthésie réanimation continue d'avoir une implication forte en médecine d'urgence, notamment dans les SAMU, où l'expertise du médecin anesthésiste réanimateur est précieuse pour la prise en charge pré-hospitalière des patients les plus graves.

2.5 CHAMP D'ACTIVITE DES ANESTHESISTES-REANIMATEURS DANS LA PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR ET LES SOINS PALLIATIFS

Pour les anesthésistes-réanimateurs, la prise en charge de la douleur ne se limite pas à celle de la douleur post opératoire ou des douleurs aiguës, car nombre d'entre eux consacrent leur activité à l'évaluation et la prise en charge des douleurs chroniques.

D'après l'enquête CFAR – SFAR – INED (3) le pourcentage de ceux qui exercent à temps plein cette activité peut sembler faible (0,2%) mais 6,3% y participent jusqu'à hauteur de 20% de leur activité et ce sont donc 682 anesthésistes-réanimateurs qui ont une activité dans ce domaine. Dans les sociétés de la douleur, aussi bien au niveau national qu'international, les anesthésistes -réanimateurs constituent de loin la discipline la plus représentée (60 à 70%).

La création de DESC de la douleur et des soins palliatifs, ouverts aux anesthésistes réanimateurs comme à de nombreux autres DES, devrait faire évoluer cette activité vers la reconnaissance d'une spécialité, l'un des principaux freins actuels étant une rémunération plus adaptée des actes.

2.6 Tous les activités du métier de la discipline (incluant anesthésie, médecine péri opératoire, réanimation, douleur chronique et médecine d'urgences) sont retrouvées dans la déclaration « The Helsinki Declaration on Patient Safety in Anaesthesiology » de juin 2010 de l'European Society of Anaesthesiology (annexe 8).

Ces documents montrent bien que nos compétences définies ci-dessus sont dans la conformité des règles Européennes.

3. EVOLUTIONS POTENTIELLES DU CHAMP D'ACTIVITE DES ANESTHESISTES-REANIMATEURS

3.1 LES FACTEURS SUSCEPTIBLES DE LE MODIFIER

Parmi les différents facteurs susceptibles de faire évoluer le champ d'activité des anesthésistes – réanimateurs figurent :

- L'évolution démographique.
- Le contexte économique.
- Les modifications de structure des établissements publics ou privés qui en découlent.
- Les anesthésistes réanimateurs eux-mêmes et leurs pratiques.

3.1.1 L'EVOLUTION DEMOGRAPHIQUE : la spécialité d'Anesthésie-Réanimation a été la première à évaluer son évolution démographique (enquête INED/SFAR). Elle a su anticiper et limiter le creux démographique initialement prévu comme dramatique. Il convient donc de continuer cet exercice prospectif : en aucun cas la qualité de la profession ne doit subir le retentissement de contingences de cet ordre.

3.1.2. LE CONTEXTE ECONOMIQUE

Actuellement, l'anesthésie n'est pas dotée d'une tarification spécifique T2A.

Dépendant exclusivement de la cotation d'autres spécialités, il est donc impossible de disposer de données économiques propres à sa propre activité. Il est donc urgent que la spécialité exerce une pression coordonnée sur les pouvoirs publics afin de bénéficier des outils de cotation et d'être individualisés au sein des établissements.

Cette cotation doit notamment prendre en compte la complexité des actes effectués et la gravité de l'état des patients (*co-morbidités, classe ASA*).

Le corollaire de cette tarification spécifique est la répartition polaire au sein des établissements. Il est nécessaire donc d'affirmer la nécessité d'une organisation en pôles indépendants au sein de la spécialité afin de lui conserver son poids, et de s'opposer à son éclatement au sein de pôles d'organes.

Enfin, dans le contexte économique actuel, la spécialité rappelle la nécessité de regroupement des plateaux techniques et d'une gestion cohérente notamment des blocs opératoires, impliquant les acteurs, afin de limiter les gaspillages de temps médical, et redonner ainsi une attractivité à la profession. Les organisations doivent partout respecter les principes d'autonomie de décision de chacun et d'organisation du travail, socle du métier de médecin. Tout ce qui conduit à la déprofessionnalisation de notre métier doit être identifié et rejeté.

3.1.3 LES ANESTHESISTES-REANIMATEURS : Quelle qualité ensemble ?

Les Anesthésistes-Réanimateurs se sont préoccupés depuis longtemps de l'amélioration de leurs pratiques, leur société scientifique (*SFAR*) ayant produit un nombre considérable de recommandations, consensus, conférences d'experts constituant autant de référentiels de bonne pratique. Le Collège Français des anesthésistes – réanimateurs (*CFAR*) réunissant l'ensemble des composantes de la discipline, a été créé en 1994. Il comporte une gouvernance scientifique (*SFAR*, Collège des enseignants) et une gouvernance professionnelle (totalité des organisations socioprofessionnelles). Il constitue donc un véritable Collège National de Professionnels.

Après avoir été parmi les premières disciplines à organiser la FMC, en labellisant les actions de formation et permettant le recueil des points de crédits, le CFAR a été reconnu par la HAS comme organisme agréé (*OA*) pour l'Evaluation des Pratiques Professionnelles (*EPP*) en janvier 2006 et l'accréditation des médecins en juin 2007.

A ce titre, il a élaboré le référentiel risque de la spécialité en collaboration avec le comité d'analyse et de maîtrise du risque de la SFAR et organisé le fonctionnement du dispositif dans sa globalité. Le CFAR avec l'appui du Comité des référentiels de la SFAR produit de nombreux programmes d'EPP validés par la HAS. Le CFAR est un organisme agréé pour la FMC des médecins libéraux, hospitaliers et salariés non hospitaliers depuis juillet 2007. Cet agrément s'étend aux formations qu'il organise ou à celles proposées par les organismes qui lui sont affiliés.

La représentativité du CFAR et son organisation (triple OA) lui permettront de répondre aux critères définis par la loi HPST pour accompagner le développement professionnel continu (DPC) des Anesthésistes Réanimateurs associant EPP et FMC.

L'implication de l'anesthésie-réanimation dans l'évaluation de la qualité des soins et dans la gestion des risques doit privilégier l'intégration des AR dans les institutions chargées de ces dossiers dans les EPS, conformément aux nouvelles attributions permises aux médecins et aux CME par la loi HPST.

Au fil des ans, la discipline d'Anesthésie-Réanimation a développé une organisation globale, qui a permis une diminution par 10 des décès de cause anesthésique. La pénurie des ressources humaines ou l'étranglement budgétaire des Etablissements ne peut remettre en cause ces acquis sécuritaires, certaines propositions palliatives étant susceptibles d'hypothéquer gravement la qualité et la sécurité des soins. Au contraire, le développement de la spécialité vers une prise en charge péri opératoire en cours de définition doit être l'occasion de renforcer les effectifs, tant est grande la différence entre les bons résultats de la morbi-mortalité de cause anesthésique per-opératoire et les résultats médiocres de la mortalité postopératoire.

3.2 LES EVOLUTIONS POSSIBLES DU METIER

Plutôt que tenter de modifier la trajectoire démographique, différents moyens ont été suggérés pour pallier la pénurie d'anesthésistes-réanimateurs annoncée :

- transfert de compétences vers d'autres disciplines médicales
- transfert de tâches à d'autres professionnels de santé

3.2.1 TRANSFERT DE COMPETENCES VERS D'AUTRES DISCIPLINES MEDICALES

Le transfert de compétences anesthésiques vers d'autres disciplines médicales est récurrent depuis de nombreuses années. Il concerne principalement la sédation pour des actes relativement brefs et peu douloureux. Il fait l'objet de demandes émanant des gastro-entérologues pour les endoscopies digestives, des radiologues et cardiologues pour la pratique de l'imagerie interventionnelle, des urgentistes pour l'anesthésie sur le site d'accidents. La SFAR a réalisé plusieurs conférences d'experts sur la pratique de la sédation et/ou d'analgésie et sur l'utilisation des techniques d'anesthésie et d'anesthésie locorégionale par des médecins non spécialisés en anesthésie – réanimation dans le cadre des urgences, en pratique extra hospitalière.

Un texte concernant la sédation dans les secteurs d'endoscopie digestive et/ou de radiologie interventionnelle est en cours de rédaction. Les recommandations sont très prudentes. Elles sont encadrées notamment de conditions rigoureuses de formation préalable à ces techniques sous le contrôle d'anesthésistes-réanimateurs. Ces propositions seront-elles intégrées aux nouvelles règles de coopération interprofessionnelle ?

3.2.2 REPARTITION DES TACHES AVEC D'AUTRES PROFESSIONNELS DE SANTE

Le métier d'IADE a été conçu et créé, et la formation initiale assurée, pour permettre ces délégations de tâches ou pratiques avancées, sans pour autant démedicaliser l'acte d'anesthésie. L'anesthésie-réanimation est la seule spécialité à s'être engagée sur le chemin des pratiques avancées, sans mettre en péril la sécurité des patients, au contraire, en l'améliorant.

Les anesthésistes-réanimateurs confient aux IADE de nombreuses tâches que ce soit en anesthésie, réanimation ou médecine d'urgence. Un décret de compétence encadre les tâches qui peuvent être confiées aux IADE. Les pratiques déviantes donnant un exercice aux IADE en dehors de leur décret de compétences ne peuvent être cautionnées et sont dénoncées par la spécialité. Elles induisent un risque non négligeable pour le patient, exposent au risque médico-légal, et sont clairement une rupture de contrat moral conclu entre le médecin et son patient. Le partage des tâches au sein de l'équipe d'anesthésie est possible, l'acte anesthésique, restant un acte médical avec la responsabilité qui s'y attache. La plus ou moins grande autonomie de l'IADE dans le déroulement de l'acte, sont déterminées par le niveau de complexité de l'intervention projetée, le degré de gravité de la pathologie et l'état antérieur du patient.

Si le métier d'IADE doit évoluer, ce doit être dans des directions nouvelles non contradictoires avec les obligations morales, techniques et scientifiques des médecins anesthésistes-réanimateurs.

3.2.3 REGLES DE REPARTITION DU TRAVAIL SUR PLUSIEURS SALLES INTERVENTIONNELLES

Le médecin anesthésiste-réanimateur doit gérer son programme interventionnel en collaboration avec les équipes chirurgicales. Il peut être conduit à travailler sur plusieurs salles. Dans cette situation, à lui d'identifier les horaires de non chevauchement des temps importants de son acte anesthésique dont il a la responsabilité. Pour mener à bien une activité partagée, il a besoin d'être aidé par un personnel hautement qualifié dans la surveillance du patient et dans la bonne gestion sécuritaire de la technique anesthésique prodiguée.

C'est ainsi que la surveillance d'un patient, pendant une partie de la période per opératoire, peut être confiée à un IADE, à condition que le terrain et le type d'intervention le permettent, sans nuire à la sécurité des patients. La règle intangible doit être la disponibilité à tout moment, sans délai, d'un médecin anesthésiste-réanimateur.

Tout patient anesthésié doit faire l'objet d'une surveillance constante par un professionnel de l'anesthésie. On ne saurait imposer au médecin anesthésiste réanimateur d'entreprendre plusieurs anesthésies simultanément, ni être responsable de plus de deux salles interventionnelles en même temps. Cette responsabilité doit être évaluée par lui-même, avec possibilité d'un droit de retrait, en fonction du type d'intervention et de la gravité du patient. Cette organisation du travail sous-entend obligatoirement que la programmation opératoire se fasse en concertation avec tous les acteurs, soit respectée, et évaluée. La coordination des BO doit être obligatoire, sa composition comporte un anesthésiste-réanimateur, et la charte du BO envisage clairement les problèmes de la charge de travail des AR et de son organisation.

3.2.4. ATTRACTIVITE DES CARRIERES DE MEDECIN ANESTHESISTE-REANIMATEUR

Le métier d'anesthésiste-réanimateur est soumis à de fortes pressions en termes de pénibilité, de charge de soins, d'interactions face à d'autres spécialités. Si la spécialité veut rester attractive, si l'on veut assurer des organisations soucieuses de la qualité des soins, du développement du bien-être professionnel, des besoins de sécurité et de sérénité, il est nécessaire de prendre en compte les évolutions sociétales de respect du temps de travail réglementaire, de la reconnaissance du travail effectué en période de permanence des soins, et de demande d'autonomie de réflexion, de décision et de prévention du stress au travail.

Il est nécessaire de respecter les données scientifiques et réglementaires concernant l'impact de la durée du travail sur la santé et le bien-être professionnel mais aussi sur la qualité et la sécurité des soins. Les besoins propres à l'exercice du métier de médecin doivent être respectés. Les pouvoirs publics et directions d'établissement doivent se saisir de cette problématique, notamment de la gestion des blocs opératoires qui doit obéir à des règles fonctionnelles et transparentes. Les risques professionnels doivent être reconnus et prévenus par la mise en œuvre de politiques d'établissement associant les acteurs du bloc opératoire au sein d'un « comité d'hygiène professionnelle au bloc opératoire ». Des indicateurs pertinents peuvent être déterminés pour assurer la qualité de l'exercice professionnel (durée d'exposition en salle, taux de rotation des effectifs médicaux et paramédicaux, taux d'infections, etc.) Les tableaux de service sont une nécessité pour l'organisation interne, ils doivent être transparents.

Il est nécessaire que le médecin anesthésiste-réanimateur bénéficie de temps pour sa formation médicale continue et son développement professionnel continu.

CONCLUSIONS

La discipline d'anesthésie-réanimation est en profonde mutation. Son cœur de métier associe l'anesthésie à la réanimation et engage ces deux composantes à initier la promotion d'une nouvelle discipline : la médecine péri-opératoire. Les évolutions nécessaires doivent garder au centre de la réflexion les garanties sécuritaires et de qualité obtenues ces dernières années. L'attractivité de la spécialité dépend d'une réflexion sur la profession, ses garanties d'autonomie, la limitation des contraintes extérieures, la reconnaissance des engagements de chacun. L'organisation en pôles d'anesthésie-réanimation, l'acquisition d'une tarification spécifique, un engagement sur une gestion efficiente des blocs opératoires, sont les conditions d'un fonctionnement satisfaisant.

La formation initiale de haut niveau permet un exercice complet, les sur spécialisations ne nécessitent pas de formation complémentaire opposable, même si une spécificité, des réunions, des sociétés, des publications y sont attachées.

Les contraintes économiques et démographiques ne doivent pas modifier le niveau de sécurité obtenue, même si une réflexion sur les organisations est nécessaire.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. **Le contenu du métier de médecin.** Rapport de la Commission Nationale permanente du 30 juin 2007.
2. **Recommandations concernant les relations entre Anesthésistes- Réanimateurs et Chirurgiens, autres spécialistes ou professionnels de santé.** Conseil de l'Ordre des Médecins Edition (Décembre 2001, pp 20.).
3. **Les médecins Anesthésistes-Réanimateurs en France en 1999. Premiers résultats de l'enquête démographique nationale CFAR – SFAR – INED.** Pontone S, Brouard N, Scherpereel P, Boulard G, Arduin P, et le groupe de projet CFAR – SFAR – INED. Ann Fr Anesth Réanim 2002 ; 21 : 1-28.
4. **Anesthesia workforce in Europe**
Egger Halbeis CB, Cvachovec K, Scherpereel P, Mellin-Olsen J, Drobnik L, Sondore A. Eur J Anesthesiol 2007; 24: 991 –1007.
5. **The evolution of human resources needs in Europe.** Scherpereel P, Sondore A. Best Pract Res Clin Anesthesiol. 2002; 16: 443-57.

6. **A series of anesthesia-related maternal deaths in Michigan, 1985- 2003.** Mhyre JM, Riesner MN, Polley MS, Naughton NN. *Anesthesiology* 2007; 106: 1096-104.
7. **Etude prospective des métiers sensibles de la fonction publique hospitalière.** Editions ENSP, 2007.

REFERENCES INTERNET

- **Site de la SFAR – Référentiels** www.sfar.org
- **Site du Conseil National de l'Ordre des Médecins – démographie – référentiels** www.conseil-national.medecin.fr
- **Site du CFAR – Formation initiale et continue EPP** www.cfar.org
- Site de la Mission Nationale d'Expertise et d'Audit Hospitaliers**
www.meah.sante.gouv.fr

ANNEXES

1. ANNEXE 1 : Arrêté du 20 juin 2002
2. ANNEXE 2 : Arrêté du 28 juin 2007
3. ANNEXE 3 : Enseignement d'anesthésie-Réanimation
4. ANNEXE 4 : Directive 2005/36
5. ANNEXE 5 : Training Guidelines in Anaesthesia of the EBA
6. ANNEXE 6 : Circulaire n° DHOS/M/2007/61 du 7 février 2007
7. ANNEXE 7 : Maintien des Compétences en anesthésie pédiatrique ADARPEFCFAR-SFAR
8. ANNEXE 8 : The Helsinki Declaration on Patient Safety in Anaesthesiology