SYNDICAT DES ANESTHÉSIOLOGISTES FRANÇAIS

2e Congrès National

PARIS

3, 4, 5 OCTOBRE 1950

SYNDICAT DES ANESTHESIOLOGISTES FRANCAIS

IIème CONGRES NATIONAL

P A R I S

3, 4, 5 OCTOBRE 1951

PROGRAMME DU CONGRES

Matinées : Séances opératoires dans les Services Hospitaliers des Membres parisiens.

Après-midi :

a) Mardi 3, à 15 heures, séance de travail à l'Amphithéâtre de la Clinique Chirurgicale Infantile, Hôpital Necker - Enfants malades.

COMMUNICATIONS

1) M. J. BOUREAU, Paris : Notre action syndicale en 1949-1950.

Discussion : MM. BEDART, AMIOT, BIMAR, DELMAS, ALLUAUMES, VERHAEGHE, SIMON, BOUREAU, LEMOINE, BAHUET, MOULIN, LE MAGOUROU, LASSNER, CARRE, BALANS, MAROGER.

2) Rapports des Présidents de Sections sur l'organisation de l'anesthésiologie dans leurs provinces respectives :

- M. J. CARRE, Roubaix
- M. A. WIOT, Marseille
- M. A. LE MAGOUROU, Tours
- M. G. BALANS, Bordeaux

Discussion : MM. BEDART, BALANS, DELMAS, BOUREAU, CARRE, MAROGER, BIMAR, VERHAEGHE.

3) M. M. DOUTREBENTE : Les honoraires de l'anesthésiologiste en dehors de l'anesthésie.

Discussion : MM. BOUREAU, BIMAR, ALLUAUME, DELMAS, BALANS, BATAILLE, LE MAGOUROU, MAROGER, BAHUET.

b) Mercredi 4, à 15 heures, séance de travail à l'Amphithéâtre des Enfants Malades.

COMMUNICATIONS

1) M. E. KERN : Les écueils de la curarisation en anesthésie.

2) M. J. BOUREAU : Les inconvénients de la curarisation à ses différents stades.

3) Melle G. DELAHAYE : Dépression respiratoire prolongée après curarisation chez une malade thyroïdectomisée.

4) M. M. MAROGER : Les inconvénients du curare dans l'intubation endo-trachéale.

Le texte intégral de cette séance, de caractère purement scientifique, sera publié dans "Anesthésie et Analgésie", Tome 8, Nº 1, Février 1951.

c) Jeudi 5, à 17 heures, à la Faculté de Médecine, Salle de Thèses nº 2, Séance normale de la Société Française d'Anesthésie et d'Analgésie.

Soirées :

a) Mardi 3, à 20 h 45, dans les Salons de la Maison de l'Amérique Latine, 96, Avenue d'Iéna :

Projection de films d'Anesthésie et de Réanimation

b) Jeudi 5, à 20 heures, chez Ledoyen, Champs-Elysées, sous la présidence de M. LAVOINE :

Banquet de clôture.

Allocutions de MM. LAVOINE, BOUREAU, LE MAGOUROU.

SEANCE DU MARDI 4 OCTOBRE

La séance est ouverte à 15 heures, sous la présidence de M. J. BOUREAU.

LE PRESIDENT :

Comme l'an dernier, je vais demander à deux collègues provinciaux de bien vouloir présider ce Congrès à nos côtés. La création récente de quatre Sections Provinciales me semble comporter d'office la désignation de leurs quatre présidents. Aussi, j'invite M. CARRE qui, je crois, ne sera pas là demain et M. WIOT, à qui nous devons l'heureuse initiative de la création des Sections Provinciales, à monter sur cette estrade. Nous adresserons la même invitation demain à MM. BALANS et LE MAGOUROU.

NOTRE ACTION SYNDICALE EN 1949-1950

- J. BOUREAU -
(Paris)

Mes chers Collègues,

Pour la seconde fois nous voici réunis, Anesthésistes parisiens et provinciau dans le but d'étudier ensemble les grands problèmes intéressant l'organisation et la défense de notre Spécialité.

Mon premier devoir en ouvrant ce Congrès est de vous souhaiter la bienvenue et vous dire notre joie de vous voir si nombreux, venus de tous les coins de France associer vos efforts pour continuer la construction de notre édifice syndical, trait d'union entre tous les Anesthésistes Français.

Nous commencerons nos travaux par une revue d'ensemble de l'action que nous avons menée avec vous depuis notre Congrès d'Octobre 1949.

Jusque là, nous nous étions surtout efforcés de prendre contact avec les Administrations publiques et privées s'intéressant à la Spécialité, depuis la Faculté de Médecine de Paris, le Ministère de la Santé, l'Assistance Publique, les organismes de Sécurité Sociale, jusqu'aux Laboratoires de produits anesthésiques, Fabricants d'appareils, etc... Notre Congrès de l'an dernier a eu le mérite de nous révéler l'extension considérable de l'Anesthésiologie dans les grands centres de province et la nécessité d'une organisation véritablement nationale, d'un élargissement de notre cadre, d'une décentralisation propre à attirer vers nous tous les Anesthésistes de France, ce qui est nécessaire si nous voulons mener une action saine et logique.

C'est dans cet esprit que nous avons accueilli avec enthousiasme la suggestion de M. WIOT de créer des Sections provinciales dans tous les coins de France où la densité des Anesthésistes pouvait justifier cette mesure. Si le nombre de nos Spécialistes avait été très important, nous aurions pu créer des sections départementales ; il nous a paru préférable, pour ne pas morceler nos efforts, de réaliser une

division par province, et d'adopter en définitive la formule choisie par la Sécurité Sociale, c'est-à-dire 16 régions pour l'ensemble du territoire métropolitain. Ceci aura d'ailleurs l'avantage de faciliter les démarches des Présidents de Sections dans cet important domaine, les discussions avec les organismes ministériels ou hospitaliers ayant par contre un caractère plus localisé. Quatre Sections ont été créées, respectivement à LILLE, NANTES, MARSEILLE et BORDEAUX, la Section Nantaise étant centralisée à TOURS qui groupe à une très forte majorité le plus grand nombre des Anesthésistes de cette région. D'autres Sections seront créées ultérieurement, dès que le nombre des Spécialistes atteindra le quorum fixé statutairement.

Car, bien entendu, un complément à nos Statuts a été rendu nécessaire. Quatre articles nouveaux ont été adoptés le 1er Mars dernier en Assemblée Générale extraordinaire ; ils sont inspirés du Statut-type proposé par la Confédération des Syndicats Médicaux Français. Je vous en rappelle la teneur :

Article 25 -

Le Syndicat des Anesthésiologistes Français pourra comporter des sections provinciales en nombre égal à celui des Régions de Sécurité Sociale. Elles seront créées au fur et à mesure des besoins, sur approbation de l'Assemblée Générale, à condition que chaque nouvelle section compte au moins quatre membres. Ces sections ont leurs réunions propres. Elles ont pour but essentiel de réaliser des contacts plus faciles entre Confrères voisins ou dont les préoccupations professionnelles sont voisines.

Article 26 -

Chaque section désigne un Président choisi parmi ses membres ; celui-ci est renouvelable annuellement. Il représente le Syndicat auprès des Administrations publiques et privées. Il est rapporteur des travaux de la Section devant l'Assemblée Générale.

Article 27 -

Les décisions des sections provinciales ne deviennent exécutoires qu'après approbation par l'Assemblée Générale ou, en cas d'urgence, par le Bureau du Syndicat.

Article 28 -

L'élection au Syndicat de membres dépendant d'une section provinciale sera préalablement soumise à l'approbation de ladite section et proposée par elle au vote de l'Assemblée Générale.

Les Présidents de nos quatre sections sont :

MM. CARRE à Lille,
LE MAGOUROU à Tours,
WIOT à Marseille, et
BALANS à Bordeaux.

Ils ont été officiellement mandatés pour représenter le Syndicat auprès des Administrations publiques ou privées de leurs régions.

Je voudrais insister auprès de vous, Messieurs les Présidents, sur le fait que vos sections ne sont pas localisées à Tours, Lille, Marseille ou Bordeaux, mais qu'elles comprennent chacune plusieurs départements. C'est dire que vous n'êtes pas seulement chargés de défendre les intérêts des Anesthésistes de votre ville, mais des Spécialistes de votre région tout entière, et c'est à vous que ceux-ci devront s'adresser en cas de litige nécessitant votre concours.

Je me plais à souligner les efforts déjà accomplis par les sections de Tours et de Lille. En même temps qu'il m'informait de son élection à la tête de la Section tourangelle, M. LE MAGOUROU, avec une ardeur toute juvénile, m'exposait les grandes lignes de l'action qu'il avait l'intention de mener, se proposant d'aller personnellement à Nantes prendre contact avec les organismes administratifs avec lesquels il serait susceptible d'avoir ultérieurement des rapports. De Lille, je recevais une lettre à peu près identique de M. VERHAEGHE, m'informant qu'en plus d'un Président la section Lilloise avait élu un Secrétaire, décidé de percevoir une cotisation et d'organiser trimestriellement une réunion de ses membres, et non pas toutes à Lille mais aussi à Château-Thierry, où réside un des membres de la section. Voilà de la bonne et saine organisation. J'ajoute qu'à Lille et à Tours les Anesthésistes se réunissent périodiquement depuis longtemps déjà pour des échanges de vues qui ne manquent certainement pas d'être très fructueux.

Quel réconfort pour nous, Messieurs, qui travaillons ici pour la cause de tous, de savoir que dans plusieurs coins de France une action parallèle à la nôtre est menée avec une foi et un désintéressement absolu par des collègues persuadés comme nous-mêmes de l'importance de l'entreprise, mais ne doutant pas un instant de son succès.

+++

Un cadre existant désormais sur l'ensemble du territoire métropolitain, il s'agissait de grouper autour de nous tous les Anesthésistes Français sans exception. Déjà au cours de cette année de nombreux confrères sont venus grossir nos rangs, doublant presque nos effectifs qui sont passés de 45 à 82 Membres. Toutefois, nous avons pensé qu'une véritable propagande était nécessaire, notamment auprès de nos jeunes confrères, devant le nombre croissant des chirurgiens s'intéressant à l'Anesthésie et désirant s'adjoindre un Spécialiste qualifié. Cette idée a été amorcée d'une façon assez curieuse, à la suite de la communication par M. VERHAEGHE d'une annonce parue

dans la Semaine Médicale, annonce ainsi conçue : "Chirurgien ville Nord recherche infirmière au courant circuit fermé et intubation. Belle situation." J'ai écrit à ce chirurgien par l'intermédiaire de la Semaine Médicale, l'annonce ayant paru sous un numéro et sans indication de nom. Or, quelle n'a pas été ma surprise de voir cette lettre publiée sans mon autorisation dans le numéro suivant de la Semaine Médicale, publication qui a provoqué d'ailleurs certaines réactions de la part de quelques chirurgiens. Voici quels étaient les principaux paragraphes de cette lettre :

"Je ne doute pas que vous trouviez une infirmière qui se dira compétente en la matière et donnera peut-être correctement les anesthésies courantes. "Mais je dois vous signaler que la Commission de l'Anesthésiologie a précisé les "limites d'exercice de cette nouvelle compétence par les infirmières et a exclu, "pour les auxiliaires, l'usage du Cyclopropane et du Curare, et la pratique de "l'intubation. Ces règles ne seront d'ailleurs applicables que le jour où il y "aura des infirmières-anesthésistes diplômées, c'est-à-dire au plus tôt dans un "an, l'enseignement des auxiliaires dans ce domaine ayant commencé il y a moins "d'une année et devant comporter deux ans d'études.

"Je voudrais d'autre part vous préciser qu'il existe actuellement un "grand nombre de Médecins-Anesthésistes, diplômés par la Faculté de Médecine de "Paris qui en forme chaque année de cinquante à cent depuis trois ans. Je crois "inutile d'insister sur l'intérêt qu'il y a de développer la Spécialité d'Anesthésie dans un cadre purement médical. C'est d'ailleurs l'intention du Conseil "Supérieur de l'Ordre, qui n'a admis les auxiliaires que comme une solution de "transition.

"Enfin, en ce qui concerne l'assurance de la responsabilité des aides "non docteurs en médecine, je vous signale que la Mutuelle d'Assurance du Corps "sanitaire Français a donné les précisions suivantes au Syndicat National des "Chirurgiens Français qui lui en avaient fait la demande :

> "Une anesthésie doit être faite par un spécialiste de l'anesthésie et non "par une infirmière, même diplômée. Ce risque n'est en effet pas couvert "par les polices de R.C. PROFESSIONNELLE justifiée de refuser le réglement "d'un sinistre intervenant à la suite d'une anesthésie pratiquée par une "infirmière."

"Et l'auteur qui rapporte cette lettre ajoute : "Je crois savoir, en "effet, qu'un chirurgien a été récemment inquiété à la suite d'un accident survenu au cours d'une anesthésie donnée par une infirmière, et que la Compagnie "d'Assurances a refusé de couvrir."

Je me proposais de protester auprès de la Semaine des Hôpitaux lorsque je reçus d'un chirurgien, lecteur de ce périodique, une lettre me demandant si je pouvais lui faire connaître un jeune Médecin-Anesthésiste diplômé. A peu près à la même époque, d'autres demandes nous parvenaient par diverses voies et

notamment par l'intermédiaire du Professeur MOULONGUET auxquels les chirurgiens s'adressent volontiers. J'ai demandé à M. MOULONGUET de bien vouloir me transmettre toutes les demandes qu'il pourrait recevoir, et par ailleurs il m'a communiqué la liste des médecins reçus au diplôme depuis la création des cours d'anesthésie. Une lettre circulaire a été adressée à chacun de ces jeunes confrères, à l'exception de ceux qui nous étaient déjà connus, les informant que nous étions en mesure de leur proposer des postes et demandant à ceux qui étaient déjà pourvus de bien vouloir nous communiquer le lieu de leur exercice ; ceci va nous permettre d'établir la répartition géographique de nos spécialistes et, le cas échéant, d'orienter nos jeunes confrères vers les centres moins favorisés. Nous avons reçu à l'heure actuelle environ 50 % de réponses et j'ajoute que la plupart ont manifesté le désir d'adhérer à notre Groupement. Nous renouvellerons bien entendu cette formule à chaque nouvelle fournée de jeunes diplômés.

+++

J'aborde maintenant une question qui a suscité de nombreuses réclamations de la part de confrères provinciaux : il s'agit de la qualification des Anesthésiologistes. Plusieurs d'entre vous m'ont informé qu'ils éprouvaient de grandes difficultés à faire reconnaître la validité de leur signature par les Caisses de Sécurité Sociale. L'article 10 de la Nomenclature précise en effet "qu'en cas d'anesthésie spéciale, il est alloué un honoraire séparé à l'Anesthésiste qualifié". S'appuyant sur les textes, certaines Caisses refusent de régler les actes d'anesthésie. Il faut ajouter cependant qu'une circulaire en date du 23 Décembre 1947, adressée par le Ministre du Travail aux Directeurs régionaux de la Sécurité Sociale, précisait :

> "Jusqu'à plus ample informé, il conviendra de considérer comme anesthésistes "qualifiés les docteurs en médecine ayant subi avec succès les épreuves de "concours et les docteurs en médecine notoirement connus comme anesthésistes "qualifiés."

Quoi qu'il en soit, seule la qualification mettra un terme à ces difficultés. Or, je crois pouvoir vous dire que, sur ce point, nous touchons au but.

Le 11 Décembre dernier, j'ai participé au Conseil National de l'Ordre à une réunion de la Commission de l'Anesthésiologie-Hémobiologie pour la mise en route de la qualification dans ces deux disciplines. Quatre Commissions ont été créées, trois commissions pluri-régionales et une Commission Nationale d'Appel, cette dernière étant destinée à statuer sur les cas litigieux. Je vous rappelle la composition de ces Commissions qui, conformément à l'arrêté ministériel du 6 Octobre 1949, comprennent :

- un Président, membre du Corps enseignant d'une Faculté de Médecine,
- deux médecins proposés par le Conseil National de l'Ordre,
- deux médecins proposés par le Syndicat National de la discipline intéressée.

La Commission du Nord de la France groupe PARIS, LILLE, STRASBOURG, NANCY, ROUEN et RENNES. Sa composition est la suivante :

MM. Robert MONOD, de Paris	Président
BAUMANN, de Paris FONTAINE, de Strasbourg	Conseil de l'Ordre
Mlle DELAHAYE, de Paris Mr. CARRE, de Roubaix	Syndicat des Anesthésiologistes

La Commission du Sud-Est groupe DIJON, LYON, MARSEILLE, MONTPELLIER, GRENOBLE, BESANCON. Sa composition est la suivante :

MM. BERARD, de Lyon	Président
Jacques DOR, de Marseille MOURGUES-MOLINES, de Montpellier	Conseil de l'Ordre
BEDARD, de Nice GIBERT, d'Avignon	Syndicat des Anesthésiologistes

La Commission du Sud-Ouest groupe BORDEAUX, TOULOUSE, POITIERS, LIMOGES, CLERMONT-FERRAND. Sa composition est la suivante :

MM. DUCUING, de Toulouse	Président
DUFOUR, de Bordeaux FOUCAULT, de Poitiers	Conseil de l'Ordre
BALANS, de Bordeaux Mme RIEUNAU, de Toulouse	Syndicat des Anesthésiologistes

Enfin, la Commission Nationale d'Appel est composée de :

MM. MOULONGUET, de Paris	Président
SANTY, de Lyon PAPIN, de Bordeaux	Conseil de l'Ordre
BOUREAU, de Paris AMIOT, de Paris	Syndicat des Anesthésiologistes

J'ai été désigné comme Secrétaire de la Commission nationale et comme tel chargé de garder le contact avec les Secrétaires des Commissions pluri-régionales ; ceux-ci devront être désignés par leurs Commissions respectives et je souhaite bien vivement qu'ils soient choisis parmi les représentants de notre Syndicat. Il y aura lieu de préciser notamment les critères de qualification et faire en sorte qu'ils aient une valeur suffisante pour éviter que soient qualifiés des Anesthésistes d'occasion ou de compétence discutable. Il ne faut à aucun prix discréditer notre spécialité par des qualifications trop faciles.

Depuis cette réunion du 11 Décembre, il a fallu recueillir l'approbation du Syndicat concernant les membres proposés, s'assurer ensuite de l'acceptation de ceux-ci, confirmer ces désignations à l'Ordre des Médecins, confirmer

à nouveau au Ministère de la Santé à la suite d'une demande du Ministre en date du 10 Mai ; ce dernier a ensuite signé un arrêté en date du 22 Juin ratifiant les désignations, enfin celles-ci ont été notifiées aux intéressés début août. Comme vous le voyez tout ceci a été en somme très..... rapide. Entre temps je m'étais tout de même efforcé de presser le Ministère auquel j'avais écrit fin Mai en demandant que les Commissions de qualification soient réunies dans les plus brefs délais.

Je pense que maintenant rien ne s'y oppose plus. Cependant, si l'on tient compte de l'éloignement des membres de chaque Commission, il est évident que celles-ci ne se réuniront que si elles ont un nombre suffisant de demandes à examiner ; or, je sais plusieurs d'entre vous qui n'ont pas encore adressé leur demande. Je vous rappelle qu'il suffit de remplir un questionnaire dont vous trouverez des exemplaires au Siège du Conseil de l'Ordre de votre département. Je prie instamment les retardataires d'accomplir cette démarche ; il y va de leur intérêt et, ce qui est beaucoup plus grave, de l'intérêt de leurs confrères.

A ceux qui, ayant déposé leur demande en temps voulu, éprouvent toujours des difficultés vis-à-vis des Caisses, je voudrais donner quelques apaisements. Certaines Caisses ont, en effet, demandé au Ministère du Travail si, en attendant la qualification, il n'était pas possible de faire une discrimination équitable. Le Ministère m'a posé la question et nous étions tombés d'accord sur une formule transitoire prévoyant le remboursement de toute anesthésie spéciale donnée par :

- les Assistants d'anesthésie des Hôpitaux nommés au concours,
- les Médecins titulaires du Certificat d'études spéciales en Anesthésiologie, délivré par les Facultés de Médecine (Paris et province),
- les membres de la Section Anesthésiologie à la Société Française d'Anesthésie et d'Analgésie,
- et tous les membres du Syndicat des Anesthésiologistes Français.

Malheureusement, la Sécurité Sociale a éprouvé le besoin de demander l'avis du Ministère de la Santé, lequel a voulu avoir l'accord du Conseil Supérieur de l'Ordre, et celui-ci a répondu par la négative sous prétexte que cette proposition portait atteinte à l'intangibilité du diplôme de Docteur en Médecine. Je suppose que l'Ordre s'est imaginé que seules les anesthésies données par les médecins rentrant dans les quatre catégories ci-dessus seraient remboursés par la Sécurité Sociale, alors que toute anesthésie, spéciale ou non, a été remboursée de tout temps par l'intermédiaire du chirurgien sous la forme du K global. Notre proposition ne lèse donc en rien les omni-praticiens, alors que le refus de l'Ordre est susceptible de léser les Anesthésiologistes de 1 ou de 2 dixièmes suivant l'importance du K chirurgical. Je dois rencontrer ces jours-ci le Secrétaire Général de l'Ordre pour lui expliquer la situation effectivement particulière de l'anesthésie au regard de la Sécurité Sociale, et j'espère qu'il voudra bien revenir sur sa décision. Mais je pense en définitive que seule la mise en route de la qualification est susceptible de mettre un terme à ces discussions.

+++

Une autre question qui a motivé de nombreuses réclamations est celle des concours pour la nomination d'Assistants d'Anesthésie dans les Hôpitaux de province, réclamations qui m'ont été transmises non par les candidats mais par les juges. Vous savez que dans les jurys de concours provinciaux figurent deux Anesthésiologistes-Assistants des Hôpitaux de Paris désignés par tirage au sort. Nous avons appris par ces collègues qu'à l'un de ces concours le candidat unique qui s'est présenté - et qui a été reçu - avait été refusé au diplôme de la Faculté de Paris. Une autre fois le candidat unique ne réunissait ni la compétence, ni même, ce qui est plus grave, les conditions requises pour se présenter ; il a pourtant été reçu, faute de mieux. Enfin, dans un troisième cas le concours annoncé n'a pas eu lieu, faute de candidat.

J'ai écrit, le 18 Janvier, au Directeur Général des Hôpitaux au Ministère de la Santé en demandant d'être informé chaque fois qu'un concours serait ouvert, afin d'en informer les membres du Syndicat susceptibles d'être intéressés par ces concours. Bien que le Ministère m'ait donné son accord, un nouveau concours a eu lieu trois mois plus tard à Tours, dont je n'ai été informé que par nos adhérents. Je suis donc revenu à la charge le 31 Mai, et cette fois je pense que des instructions ont été données aux Directeurs départementaux de la Santé, car j'ai reçu, fin Août, une affiche annonçant pour le mois de Novembre l'ouverture d'un concours pour la nomination de trois Médecins-Anesthésiologistes respectivement à Dunkerque, Saint-Amand et Valenciennes. Cette affiche a été immédiatement transmise à notre Section Lilloise.

Puisque nous en sommes aux questions hospitalières, je vous signale également que j'ai participé, le 19 Janvier, au Ministère de la Santé, en compagnie de notre collègue AMIOT, à une réunion du Conseil Supérieur des Hôpitaux au cours de laquelle a été discuté un projet de Statut des Anesthésiologistes Hospitaliers, présenté par MM. MOULONGUET et LARGET. Ce projet qui a été lu "in extenso" à notre réunion du 10 Mai, envisage la question dans son ensemble, c'est-à-dire pour les Hôpitaux de toutes catégories, qu'il s'agisse de centres importants, moyens ou petits, et expose d'autre part le rôle de l'Anesthésiologiste à tous les échelons, depuis le Chef du Département d'anesthésie de l'hopital jusqu'aux auxiliaires en passant par les Assistants attachés à chaque Service et les résidents qui sont les étudiants en Anesthésiologie. A quelques détails près ce projet nous a paru excellent ; il dénote incontestablement d'une évolution très favorable dans l'esprit des chirurgiens concernant la place et le rôle de l'Anesthésiologiste dans l'équipe chirurgicale.

+++

J'en arrive maintenant aux démarches que nous avons accomplies cette année au Ministère de la Sécurité Sociale. Je voudrais ici mettre un point final aux discussions concernant le non remboursement des anesthésies spéciales lorsque le K chirurgical est inférieur à 80. Cette question a déjà été débattue maintes fois entre nous et chaque fois je vous ai affirmé que toute anesthésie spéciale

devait être remboursée quel que soit le multiple de K. En dépit des démarches que plusieurs d'entre vous ont faites auprès des Caisses régionales, celles-ci ont continué à faire montre d'une mauvaise volonté évidente et à donner aux textes une interprétation fantaisiste.

Devant le nombre des réclamations qui m'ont été adressées, j'ai demandé à plusieurs d'entre vous de bien vouloir me transmettre les lettres officielles qu'ils avaient reçues en réponse à leurs réclamations et, nanti d'un dossier important, je suis allé au Ministère du Travail exposer vos réclamations. Il m'a été confirmé une fois de plus que toute anesthésie dite spéciale devait être remboursée aux conditions que vous connaissez. Par ailleurs, il n'appartient pas aux Caisses de décréter que tel malade ou telle opération requièrent une anesthésie spéciale ou l'utilisation archaïque du masque d'Ombredanne ; cette appréciation incombe au seul chirurgien, c'est-à-dire à son Anesthésiste.

Etayée par un si grand nombre de documents, ma réclamation a tout de même ébranlé les organismes de Direction qui ont décidé de rédiger à l'intention des Caisses une nouvelle circulaire précisant la façon dont doit être interprété l'arrêté du 1er Décembre 1947. Cette circulaire, dont l'envoi a été retardé par les démarches relatives aux critères de qualification dont je vous parlais tout à l'heure, doit être envoyée aux Caisses avant la fin de ce mois. Si le 15 Novembre, au plus tard, certaines Caisses persistaient dans leur refus de régler les anesthésies spéciales concernant les interventions inférieures à K 80, vous voudrez bien adresser directement une réclamation à la Direction Générale de la Sécurité Sociale, 8e Bureau, 1 place Fontenoy, à Paris (7ème) et m'en informer bien entendu.

Une autre question débattue à la Sécurité Sociale a été celle du remboursement des fournitures de produits anesthésiques : Cyclopropane, Chaux sodée, Curares, etc... presque toujours fournies par l'Anesthésiste, notamment dans les Maisons de Santé conventionnées où le problème soulève toujours des difficultés insurmontables. J'avais déjà posé la question l'an dernier, demandant qu'elle soit portée devant la Commission Permanente. Mais, sans réponse précise au début de cette année, nous avons accompli de nouvelles démarches Melle DELAHAYE et moi.

Deux solutions nous sont actuellement proposées :

- soit un remboursement forfaitaire égal au tiers d'une bouteille de Cyclopropane de 100 Grs, c'est-à-dire d'un tube T 1, quelle que soit la durée de l'intervention, le nombre de produits utilisés et la quantité de chacun d'eux ;
- soit un remboursement exact des fournitures, à charge à l'Anesthésiste de fournir une facture mentionnant le détail des frais correspondants. Le montant du remboursement ne pourrait toutefois excéder la marge existant entre le prix de journée de l'hôpital le plus proche et le prix de journée effectivement remboursé au malade en Maison de Santé.

Prenons un exemple :

- un malade est hospitalisé pendant 10 jours dans un service de chirurgie ; à Paris le prix de journée en chirurgie est d'environ : 2.800 Frs., ce qui fait sur 10 jours : 28.000 Frs.

- Si ce même malade est hospitalisé dans une maison de santé conventionnée où le prix de journée est mettons de 1.200 frs., le total remboursé sera 12.000 Frs.
- Et dans une maison de santé non conventionnée où le prix de journée est encore plus bas, 6 à 800 Frs, le total remboursé sera de 6 ou 8.000 Frs.

La différence existant entre le total des frais d'hospitalisation à l'hôpital et le total en maison de santé conventionnée est dans l'exemple choisi de :

28.000 - 12.000 = 16.000 Frs.

La différence est encore plus forte pour une clinique non conventionnée :

28.000 - 6 ou 8.000 = 20 ou 22.000 Frs.

Jusqu'à concurrence de cette différence, peuvent être remboursés, paraît-il, certains frais annexes comme le forfait de salle d'opérations et certains médicaments couteux dont le remboursement n'est pas prévu à la nomenclature de la Sécurité Sociale. Les frais anesthésiques devraient être inclus dans cette marge et il y a lieu de penser, je crois, qu'ils pourraient y être incorporés intégralement chaque fois.

Cette seconde solution est évidemment plus juste que la première, mais elle paraît plus compliquée. Je vous demanderai tout à l'heure de bien vouloir me donner votre opinion à ce sujet, afin de me permettre de régler cette question au plus tôt avec la Sécurité Sociale.

+
+++
+

Un dernier point concernant la Sécurité Sociale est celui du remboursement des actes de réanimation. Deux d'entre vous m'ont signalé que certains chirurgiens s'attribuaient injustement une part importante du K transfusionnel en ajoutant celui-ci au K chirurgical, et en fixant le K anesthésique en fonction de ce total. Il s'agit là d'un procédé non seulement inélégant mais parfaitement illégal. Si la transfusion est faite par l'Anesthésiste, ce qui est le cas habituel, il a seul droit à la rémunération concernant cet acte.

Je vous rappelle à ce sujet les termes de l'arrêté du 10-8-49 (J.O. du 18-8-49) concernant cette question :

1) "Transfusion de sang frais : K 20"

ce qui veut dire transfusion directe ou perfusion de sang frais prélevé par vous-même sur un donneur.

2) "Injection intraveineuse de sang conservé ou de plasma : K 10"

c'est-à-dire la perfusion de plasma ou de sang que vous n'avez pas prélevé vous-même sur un donneur.

Si maintenant vous cumulez ces actes avec une anesthésie, vous vous trouvez dans les mêmes conditions qu'un chirurgien pratiquant deux interventions sur le même malade, c'est-à-dire que vous devez noter le K le plus élevé et la moitié de l'autre;

- pour une gastrectomie, par exemple, à laquelle vous ferez une perfusion per-opératoire de sang conservé, vous noterez $K\ 36 + \frac{K\ 10}{2}$
- inversement s'il s'agit d'une rupture de grossesse tubaire à laquelle vous avez fait une transfusion directe, vous noterez $K\ 20 + \frac{K\ 16}{2}$

Enfin en ce qui concerne la répétition des perfusions chez un même malade, chaque nouveau flacon de sang ne donne pas droit à une rémunération supplémentaire si les flacons sont utilisés à la suite les uns des autres ; mais s'il s'agit d'un acte nouveau nécessitant un dérangement spécial de l'Anesthésiste, dans la soirée par exemple ou le lendemain matin, vous noterez à nouveau K 10.

Sur ce chapitre nous entendrons d'ailleurs M. DOUTREBENTE qui traitera en fin de séance la question si souvent controversée des honoraires de l'Anesthésiste en dehors de l'acte anesthésique ; il est important que nous prenions position sur ce point.

Pour en finir avec ces problèmes "monétaires" je voudrais évoquer la question des contrats que certains d'entre vous, Messieurs les provinciaux, ont signé avec un Chirurgien ou une Maison de Santé. J'ai reçu il y a quelques mois une lettre d'un Anesthésiste de Montpellier qui désirait savoir quelles devaient être les bases d'un engagement contractuel de cette nature. Je me suis trouvé très embarrassé pour lui répondre, cette formule n'étant pas en usage à Paris ; mais tout porte à croire qu'elle se développera de plus en plus en province et peut-être même à Paris. Il s'agit là, par conséquent, d'une question très importante et il serait bon que nous élaborions ensemble un contrat-type qui servirait de modèle à tous nos jeunes confrères et à nous-mêmes. Je demande à ceux d'entre vous qui ont adopté cette formule de bien vouloir me communiquer à titre confidentiel le texte de leurs contrats ; ils constitueront une base précieuse pour le but que nous poursuivons. Le plus stricte anonymat sera bien entendu respecté.

En terminant, je voudrais rappeler les démarches faites par le Syndicat à la suite de la publication par la grande Presse d'un article concernant deux accidents d'anesthésie survenus en Province et attribués au Pentothal. La réaction du public ne s'est pas fait attendre puisque le lendemain même certains de nos opérés refusaient la bienfaisante piqûre intraveineuse, si favorablement accueillie jusque-là. Nous avons fait une démarche auprès du fabricant qui nous a communiqué tous les éléments de son enquête démontrant clairement que le produit ne pouvait être incriminé ; mais nous apprenions en même temps qu'une fois de plus l'Anesthésiste était un auxiliaire. Je dis bien une fois de plus, car toutes les morts par barbituriques intraveineux dont nous avons eu connaissance au cours des dernières années, et elles sont nombreuses, sont survenues à des non médecins.

Vous savez déjà quelle avait été la position prise par les représentants du Syndicat à la Commission de l'Anesthésiologie lors de la discussion relative aux auxiliaires. Nous avions accepté, un peu contraints et forcés car nous étions en minorité à cette Commission, que les Auxiliaires soient autorisés à donner certaines anesthésies, à l'exception du Cyclopropane , du Curare et de l'intubation, mais nous n'étions pas tombés d'accord avec les chirurgiens en ce qui concerne l'anesthésie intraveineuse, qu'en raison de ses dangers nous voulions voir réservée aux seuls médecins.

Deux nouveaux malades ont payé de leur vie cetteerreur que nous n'avons cessé et ne cesseront de combattre. Mais cette fois, la Presse en ayant informé l'opinion publique, nous nous devions de réagir. A notre dernière séance, le 5 Juillet, un vote secret des membres présents approuvait notre proposition d'adresser au Ministre de la Santé une lettre de protestation avec demande d'enquête. Des copies de cette lettre ont été respectivement adressées au Conseil National de l'Ordre et à l'Académie de Médecine.

Si satisfaction ne nous est pas donnée, il n'importe. De nouveaux accidents sont survenus depuis, d'autres surviendront encore, et un jour prochain peut-être, une plainte sera enfin portée devant les tribunaux. Ce jour là, toutes les lettres de réclamation adressées par le Syndicat, les rapports de ses représentants à la Commission de l'Anesthésiologie, les compte-rendus de nos Congrès seront déposés entre les mains de l'avocat de la partie civile ; il ne fait pas de doute que nous aurons alors gain de cause et l'on reconnaîtra enfin que c'est nous qui avions raison et qu'en défendant ce point de vue, nous défendions avant tout l'intérêt des malades.

Voilà, mes chers Collègues, quelles ont été nos différentes activités au cours de cette année. Je pourrais encore vous décrire les multiples démarches accomplies auprès des fabricants de produits anesthésiques, notamment aux Usines de Melle et à la Compagnie Française de Produits Oxygénés. Mais il s'agit là de questions plus banales et dont vous avez d'ailleurs été informés par les compte-rendus qui accompagnent désormais chacune de nos convocations.

Pour conclure ce rapport, dont vous voudrez bien excuser la longueur, je dirai que cette année notre organisation s'est précisée, dans un cadre qu'il ne suffira plus maintenant que d'agrandir. Notre nombre s'est accru, notre position s'est affermie, aussi bien d'ailleurs vis-à-vis des Administrations avec lesquelles nous sommes en rapport que vis-à-vis des chirurgiens, qui comprennent de plus en plus l'importance de l'Anesthésiste-Réanimateur dans l'équipe chirurgicale et nous font peu à peu une place plus conforme à ce qu'elle représente déjà dans les pays Anglo-Saxons.

De tout cela nous pouvons nous réjouir et aborder l'avenir avec confiance ; mais ne relâchons pas notre effort car notre route est jalonnée d'embûches qu'il nous faudra surmonter sans cesse. Pour cela nous comptons absolument sur vous qui êtes les piliers de cette Spécialité à laquelle nous voulons donner une place de choix dans le cadre de la Médecine Française.

ǫ
ǫ ǫ

M. BOUREAU :

La discussion est ouverte à propos des différentes questions que je viens de vous exposer. Si vous le voulez bien, j'aimerais en premier lieu avoir votre avis sur les deux propositions qui m'ont été faites par la Sécurité Sociale concernant le remboursement des frais anesthésiques. Devons-nous accepter un remboursement forfaitaire égal aux tiers d'une bouteille de cyclopropane de 100 grs., ou bien un remboursement exact avec production d'une facture ?

M. BEDARD :

Je crois qu'il faut accepter le remboursement forfaitaire, sinon nous serons obligés d'établir un prix de revient pour chaque anesthésie, ce qui représentera pour nous non seulement une perte de temps, mais encore un travail fastidieux.

M. AMIOT :

Je suis tout à fait d'accord avec M. BEDARD parce que la Sécurité Sociale en arrivera à comparer les quantités de Cyclopropane ou de Chaux Sodée utilisées par chacun de nous et à contester le montant de nos fournitures. Il n'y aura pas de discussion possible si l'on adopte un remboursement forfaitaire.

M. BIMAR :

Dans la région de Marseille il existe déjà un procédé de remboursement basé sur les tarifs de salle d'opération, qui varient de 52 à 63 francs suivant la catégorie des Maisons de Santé. Dans une clinique de catégorie A, par exemple, les fournitures anesthésiques sont remboursées 63 francs que multiplient le chiffre du K anesthésique, c'est-à-dire pour une hystérectomie 63 que multiplie 16. Je trouve ce procédé très correct et pour nous le plus intéressant.

D'autre part, ce remboursement n'est accordé qu'aux Maisons de Santé et a toujours été refusé aux anesthésistes. Il s'agit donc simplement pour ceux-ci d'établir un accord avec les directeurs de Maisons de Santé.

M. DELMAS :

L'imputation de nos frais sur une différence entre le prix de journée à l'hôpital et le prix de journée en clinique, nous met le doigt entre l'arbre et l'écorce et, qui plus est, dans des circonstances où actuellement la différence de prix de journée entre l'hôpital et la clinique est relativement élevée, du fait que les cliniques, en général, se refusent à signer des conventions.

La somme sur laquelle nous avons des prétentions est appelée à diminuer de jour en jour ; tandis que si le forfait n'est pas absolument exact, du moins préserve-t-il nos droits, alors que le reste représente une marge qui ne peut qu'être extrêmement variable, et variable dans le sens d'une diminution constante.

D'autre part, cette somme sur laquelle nous pouvons imputer nos frais anesthésiques, nous ne sommes pas les seuls à en disposer. Les Administrateurs des Cliniques - et ce sont souvent les chirurgiens eux-mêmes - voudront également une part. Nous nous trouverons alors dans une situation infiniment délicate en disputant cet argent avec le confrère qui nous fait travailler. En général, nous sommes mal placés pour être en conflit avec lui.

Je crois que tout ce qui évitera cette situation est souhaitable ; par conséquent, le forfait, même s'il est injuste, est préférable.

M. VERHAEGHE :

Il y a d'autres produits que le Cyclopropane dont il faut tenir compte ; il y a par exemple les produits "Baxter" qui sont aussi des produits très chers et que l'on ne trouve pratiquement pas dans les cliniques (parce que celles-ci ne peuvent pas les faire entrer dans le prix de journée). L'Anesthésiste est donc, bien souvent, obligé de se les procurer lui-même et d'en demander ensuite le remboursement au malade, ce qui est toujours déplaisant puisqu'il s'agit d'un produit qui ne sera pas remboursé au client par la Sécurité Sociale. Si donc on prévoit un tarif forfaitaire de remboursement des fournitures, il faut que ce prix puisse, dans une certaine mesure, tenir compte du coût de tels produits.

M. SIMON :

Je crois que nous compliquons beaucoup. C'est tout de même le forfait proposé qui est à adopter du fait que c'est surement le Cyclopropane qui a le plus suivi le coût de la vie. Et je crois que le chiffre correspondant au tiers d'une bouteille de Cyclopropane peut être accepté, compte tenu des anesthésies de courte durée, de longue durée, de celles où l'on ne donne pas de Cyclopropane, car si j'ai bien compris il n'est pas absolument nécessaire d'administrer du Cyclopropane pour que ce chiffre soit adopté...

1) "Transfusion de sang frais : K 20"

ce qui veut dire transfusion directe ou perfusion de sang frais prélevé par vous-même sur un donneur.

2) "Injection intraveineuse de sang conservé ou de plasma : K 10"

c'est-à-dire la perfusion de plasma ou de sang que vous n'avez pas prélevé vous-même sur un donneur.

Si maintenant vous cumulez ces actes avec une anesthésie, vous vous trouvez dans les mêmes conditions qu'un chirurgien pratiquant deux interventions sur le même malade, c'est-à-dire que vous devez noter le K le plus élevé et la moitié de l'autre;

- pour une gastrectomie, par exemple, à laquelle vous ferez une perfusion per-opératoire de sang conservé, vous noterez $K\ 36 + \frac{K\ 10}{2}$
- inversement s'il s'agit d'une rupture de grossesse tubaire à laquelle vous avez fait une transfusion directe, vous noterez $K\ 20 + \frac{K\ 16}{2}$

Enfin en ce qui concerne la répétition des perfusions chez un même malade, chaque nouveau flacon de sang ne donne pas droit à une rémunération supplémentaire si les flacons sont utilisés à la suite les uns des autres ; mais s'il s'agit d'un acte nouveau nécessitant un dérangement spécial de l'Anesthésiste, dans la soirée par exemple ou le lendemain matin, vous noterez à nouveau K 10.

Sur ce chapitre nous entendrons d'ailleurs M. DOUTREBENTE qui traitera en fin de séance la question si souvent controversée des honoraires de l'Anesthésiste en dehors de l'acte anesthésique ; il est important que nous prenions position sur ce point.

Pour en finir avec ces problèmes "monétaires" je voudrais évoquer la question des contrats que certains d'entre vous, Messieurs les provinciaux, ont signé avec un Chirurgien ou une Maison de Santé. J'ai reçu il y a quelques mois une lettre d'un Anesthésiste de Montpellier qui désirait savoir quelles devaient être les bases d'un engagement contractuel de cette nature. Je me suis trouvé très embarrassé pour lui répondre, cette formule n'étant pas en usage à Paris ; mais tout porte à croire qu'elle se développera de plus en plus en province et peut-être même à Paris. Il s'agit là, par conséquent, d'une question très importante et il serait bon que nous élaborions ensemble un contrat-type qui servirait de modèle à tous nos jeunes confrères et à nous-mêmes. Je demande à ceux d'entre vous qui ont adopté cette formule de bien vouloir me communiquer à titre confidentiel le texte de leurs contrats ; ils constitueront une base précieuse pour le but que nous poursuivons. Le plus stricte anonymat sera bien entendu respecté.

En terminant, je voudrais rappeler les démarches faites par le Syndicat à la suite de la publication par la grande Presse d'un article concernant deux accidents d'anesthésie survenus en Province et attribués au Pentothal. La réaction du public ne s'est pas fait attendre puisque le lendemain même certains de nos opérés refusaient la bienfaisante piqûre intraveineuse, si favorablement accueillie jusque-là. Nous avons fait une démarche auprès du fabricant qui nous a communiqué tous les éléments de son enquête démontrant clairement que le produit ne pouvait être incriminé ; mais nous apprenions en même temps qu'une fois de plus l'Anesthésiste était un auxiliaire. Je dis bien une fois de plus, car toutes les morts par barbituriques intraveineux dont nous avons eu connaissance au cours des dernières années, et elles sont nombreuses, sont survenues à des non médecins.

Vous savez déjà quelle avait été la position prise par les représentants du Syndicat à la Commission de l'Anesthésiologie lors de la discussion relative aux auxiliaires. Nous avions accepté, un peu contraints et forcés car nous étions en minorité à cette Commission, que les Auxiliaires soient autorisés à donner certaines anesthésies, à l'exception du Cyclopropane , du Curare et de l'intubation, mais nous n'étions pas tombés d'accord avec les chirurgiens en ce qui concerne l'anesthésie intraveineuse, qu'en raison de ses dangers nous voulions voir réservée aux seuls médecins.

Deux nouveaux malades ont payé de leur vie cetteerreur que nous n'avons cessé et ne cesseront de combattre. Mais cette fois, la Presse en ayant informé l'opinion publique, nous nous devions de réagir. A notre dernière séance, le 5 Juillet, un vote secret des membres présents approuvait notre proposition d'adresser au Ministre de la Santé une lettre de protestation avec demande d'enquête. Des copies de cette lettre ont été respectivement adressées au Conseil National de l'Ordre et à l'Académie de Médecine.

Si satisfaction ne nous est pas donnée, il n'importe. De nouveaux accidents sont survenus depuis, d'autres surviendront encore, et un jour prochain peut-être, une plainte sera enfin portée devant les tribunaux. Ce jour là, toutes les lettres de réclamation adressées par le Syndicat, les rapports de ses représentants à la Commission de l'Anesthésiologie, les compte-rendus de nos Congrès seront déposés entre les mains de l'avocat de la partie civile ; il ne fait pas de doute que nous aurons alors gain de cause et l'on reconnaîtra enfin que c'est nous qui avions raison et qu'en défendant ce point de vue, nous défendions avant tout l'intérêt des malades.

Voilà, mes chers Collègues, quelles ont été nos différentes activités au cours de cette année. Je pourrais encore vous décrire les multiples démarches accomplies auprès des fabricants de produits anesthésiques, notamment aux Usines de Melle et à la Compagnie Française de Produits Oxygénés. Mais il s'agit là de questions plus banales et dont vous avez d'ailleurs été informés par les compte-rendus qui accompagnent désormais chacune de nos convocations.

M. MOULIN :

Je suis surpris de voir que personne ne parle des Caisses Chirurgicales. Dans ma région 80 % des malades, soit assurés sociaux, soit mutualistes libres, sont affiliés aux Caisses Chirurgicales. Pour eux le problème est depuis longtemps résolu, les cliniques touchant un forfait de salle d'opération proportionnel au K opératoire, et ce forfait couvrant toutes les fournitures, qu'elles soient anesthésiques ou chirurgicales. Pour les autres, la clinique leur facture les fournitures anesthésiques exactement comme elle le fait des tubes de catgut ou des objets de pansement.

M. LE MAGOUROU :

A Tours, les cliniques sont toutes au forfait avec les collectivités ; de temps en temps il y a des réunions entre les Directeurs de Maisons de Santé et les Directeurs de la Sécurité Sociale, où l'on signale qu'étant donné le prix de la vie et l'augmentation des produits, il est nécessaire d'augmenter le forfait. Je sais qu'il y a quelques mois, les cliniques ont ainsi obtenu une augmentation assez importante. Les anesthésistes ne s'occupent de rien, ce sont les cliniques qui ont un forfait suivant l'importance de l'opération.

M. VERHAEGHE :

Le fait de devoir fournir nos produits, actuellement encore, dans beaucoup d'endroits, est un inconvénient mais c'est aussi, à mon avis, un avantage, et personnellement je ne cherche nullement, dans plusieurs cliniques, à ce que celles-ci fournissent par exemple le Curare ou le Cyclopropane. Je crois que c'est une arme excellente. En effet, à partir du moment où les cliniques ont tous les produits nécessaires, il existe une tendance fréquente à faire utiliser ces produits aussi bien par une auxiliaire d'anesthésie que par un médecin.

Si le médecin doit les fournir, il a au moins la certitude que dans la clinique, personne d'autre que lui ne s'en servira.

(Quelques protestations et mouvements dans la salle).

M. LASSNER :

Je voudrais attirer votre attention sur un petit détail, dans le même ordre d'idées : c'est qu'il existe, actuellement, des cliniques qui achètent des appareils d'anesthésie, et qui proposent aux anesthésistes de leur louer ces appareils..... (Rires)... J'ai été consulté, il y a quelques jours, par une clinique qui me demandait s'il était raisonnable d'investir des centaines de milliers de francs dans un appareil dans l'espoir de rentrer dans ses frais, en louant cet appareil aux anesthésistes, tant par anesthésie.

M. CARRE :

Plutôt que de répondre à ces cliniques, je crois qu'il serait plus utile de leur poser une question : est-ce que les chirurgiens ont accepté de payer une location pour la table d'opération ?

M. BOUREAU :

Bravo !

M. LASSNER :

Malheureusement, ces cliniques nous disent : "Jusqu'à présent, vous devez apporter un appareil, cela vous encombre, vous embête, nous vous fournissons une facilité ; est-ce que cette facilité ne vaut pas un certain prix par acte...".

M. BOUREAU :

Il faut en finir avec cette question du remboursement forfaitaire des produits que nous fournissons. Nous devons reconnaître que, de plus en plus, les Maisons de Santé se procurent les produits qui nous sont nécessaires. Par conséquent, la solution proposée sera seulement valable pour un temps, et la question ne se posera plus le jour où toutes les cliniques se procureront l'ensemble des produits utilisés par les anesthésistes.

Nous avons encore de nombreuses questions inscrites au programme ; je voudrais vous demander si vous avez d'autres questions à poser relatives à ma communication .

M. BALANS :

Il faudra revenir, je crois, sur la question des critères de qualification. Voulez-vous que nous en parlions tout de suite ou après lecture de nos rapports ?

M. BOUREAU :

Voyez-vous, Monsieur BALANS, il s'agit là d'une question qui nous dépasse un peu. Elle doit être réglée par la Commission Nationale d'Appel qui devra donner toutes instructions nécessaires aux Présidents des Commissions pluri-régionales. Bien entendu les anesthésistes ont leur mot à dire, et puisque dans la Commission Nationale d'Appel figurent deux représentants du Syndicat : AMIOT et moi, nous serons là pour en parler. Naturellement, il est indispensable que nous ayons votre opinion à ce sujet, mais puisque les rapports des Présidents de Sections doivent traiter de cette question, je vous propose d'en remettre la discussion à tout à l'heure.

M. VERHAEGHE :

.... Je voudrais poser une question au sujet de l'acceptation des provinciaux au Syndicat ; je crois qu'il serait souhaitable que les candidatures ne soient pas adressées à la Section locale, mais qu'elles soient adressées directement à Paris, et que, de Paris, on retourne la question à la province, pour que justement Paris soit au moins informé de la candidature envisagée.

M. BOUREAU :

C'est obligé. Les candidats ne connaissant généralement pas l'existence de la Section provinciale s'adressent presque toujours à Paris.

M. VERHAEGHE :

Généralement, en effet, mais est-ce que cela ne devrait pas être précisé, justement pour qu'il en soit toujours ainsi ?

M. BOUREAU :

Tout à fait d'accord.

M. BAHUET :

Il y a une autre question à préciser, c'est que si quelqu'un est refusé, il ne sache pas d'où vient le refus. Nous allons avoir des camarades, le cas va se poser, qui vont vous demander une qualification. Si c'est nous qui la refusons, ils diront : "C'est toujours la même histoire, ce sont les petits copains qui se défendent !" Si c'est beaucoup plus secret, cela aura beaucoup plus de poids.

M. BEDARD :

Il y a encore la question des contrats entre anesthésiste et chirurgien. Vous avez dit, tout à l'heure, qu'il serait bon d'établir un modèle qui puisse servir pour tous. Je pense qu'il serait peut-être bon de discuter d'abord sur le principe même du contrat, afin de savoir si le Syndicat doit approuver ou désapprouver semblable association.

M. BOUREAU :

Si vous permettez, BEDARD, je crois que là encore il serait préférable de rejeter la discussion après les communications de nos Présidents régionaux, car je sais que l'un d'entre eux doit aborder cette question.

M. BEDARD :

Bien. Je voulais vous signaler également que demain à 16 heures a lieu à la Faculté de Médecine une réunion du Syndicat des Chirurgiens, au cours de laquelle on doit discuter de la participation des anesthésistes au K chirurgical. Un de mes amis, chirurgien, membre de ce Syndicat, m'a suggéré de proposer l'envoi à cette réunion de deux ou trois de nos confrères, qui, le cas échéant, pourraient exposer aux chirurgiens, s'ils le voulaient bien, notre point de vue.

M. BOUREAU :

Malheureusement, demain, à la même heure, nous avons une réunion qui promet d'être intéressante. Enfin, nous pouvons évidemment envoyer quelqu'un. Je vous remercie de m'en informer.

Messieurs, si vous le voulez bien, nous allons maintenant entendre les rapports de nos Présidents régionaux. Je passe la parole à M. CARRE, Président de la Section Lilloise.

J. CARRE (Roubaix)

L'orientation du "Syndicat des Médecins Anesthésistes Français" s'est modifiée depuis sa création : le groupement amical réduit et purement parisien à l'origine, devient de plus en plus un organisme dont les ramifications s'étendent dans toute la France. De la même façon nos Sections provinciales se développent et sont appelées à une évolution qu'il faut prévoir si nous voulons organiser un groupement qui reste amical tout en devenant puissant par le nombre de ses adhérents et par la vie intérieure de ses Sections.

Nous reviendrons tout à l'heure sur ce point, car c'est, à notre avis, de cela que dépend l'activité du Syndicat de demain.

Voyons donc d'abord quelles sont les conditions actuelles de la vie de notre Section locale.

Actuellement la Section Lilloise ne comprend que 5 membres (cela fait penser un peu au Syndicat Français du début !) dont 4 sont de l'agglomération Lilloise et le 5ème notre ami, Prieur de Château-Thierry.

Pour que la Section soit vivante et que le caractère très amical des relations entre ses membres soit conservé, il faut que les réunions soient aussi fréquentes que possible. Etant donné l'éloignement de Château-Thierry, nous avons décidé de nous réunir tous les 2 ou 3 mois, et pour ne pas imposer à chaque fois le voyage à Lille à notre ami Prieur, une fois l'an nous allons à Château-Thierry.

Ces contacts étant à notre avis insuffisants, nous faisons, chaque mois, chez l'un des membres de l'agglomération Lilloise, une réunion, que nous ouvrons à ceux des nôtres qui ne sont pas encore syndiqués afin d'étendre les échanges de vue et de créer des liens d'amitié.

A notre avis ceci doit constituer notre objectif numéro 1 du moment.

Il appartient d'autre part au "petit bureau" de la Section de faire admettre son existence auprès des pouvoirs publics, en entrant en contact avec les différents organismes. Les créateurs du Syndicat parisien savent que c'est une oeuvre de longue haleine qui nécessite beaucoup de patience et de modération.

Le Bureau du Syndicat National a facilité cette prise de contact en informant le Conseil de l'Ordre, la Direction de la Santé, les Assurances Sociales de l'existence de la Section locale.

Ce faisant il nous a fait participer à l'autorité qu'il a acquise auprès des pouvoirs centraux.

De nouveaux membres vont se joindre à notre groupe au fur et à mesure de la nomination de nouveaux anesthésiologistes. La Section étendra rapidement son influence sur les villes de la région, où s'installent déjà de nouveaux confrères et, comme cela s'est produit pour le Syndicat parisien du début, nous aurons un éclatement de notre Groupement au profit de nouveaux centres qui se créeront.

Il est temps de prévoir un lien entre Paris, les centres régionaux et les centres locaux qui se préparent, car il semble que le développement de cette seconde phase du Syndicat sera plus rapide que la première. Il s'agirait donc d'établir prochainement des statuts qui tiendraient compte de l'importance du Bureau National, du Groupement en Sections régionales et de l'éparpillement des membres provinciaux.

Il faudra beaucoup de prudence pour développer en même temps l'autorité du Bureau National et la participation de tous les membres à l'activité Syndicale. Les bureaux des groupements régionaux auront un rôle important à jouer dans le maintien de rapports amicaux et efficaces entre les uns et les autres. Dès maintenant, nous pouvons prévoir que le Syndicat National, représenté par son Bureau, sera d'autant plus puissant que chacun de ses membres prendra une part plus active à la vie Syndicale. Au cours de nos réunions nous avons étudié bien superficiellement ce problème ; pourtant, nous avons cherché s'il était un Syndicat médical qui ait réalisé ce but. Il semble que le Syndicat des Médecins praticiens d'avant 1939 puisse servir d'exemple.

A cette époque il n'existait que des Syndicats locaux, groupés en fédérations départementale et nationale. Toute question était discutée et soumise au vote dans ces Syndicats locaux. Le bureau de la Fédération nationale connaîssait la volonté de tous ses membres et les votes lui donnaient une autorité considérable auprès des pouvoirs publics. L'activité locale était remarquable ; la presque unanimité des praticiens assistait aux réunions.

Il n'en est plus de même. Le Syndicat de forme départementale actuel a concentré au chel-lieu l'étude des problèmes professionnels. Seuls quelques délégués de chaque section locale sont admis aux discussions. Les médecins se sont désintéressés de la vie syndicale et n'assistent plus aux réunions.

Nous croyons qu'il faudra éviter cet écueil si nous voulons avoir des sections actives, prêtes à apporter leur appui à nos représentants nationaux, quand viendra la discussion d'une réorganisation de la médecine en France.

Il s'agit là de graves problèmes d'avenir sur lesquels la section de Lille a voulu attirer l'attention. Mais en attendant cet avenir nous avons à vivre et c'est de la vie actuelle de notre section que je dois vous parler.

L'élément principal de notre groupe fut incontestablement notre ami Jacques VERHAEGHE. Assidu des réunions du Bureau parisien il nous a tenu au courant des préoccupations des fondateurs du Syndicat. Connaissant bien les questions régionales, il a su guider notre groupe et lui éviter les errements. Par son calme, son bon sens, sa modération et son autorité toute amicale, il s'est désigné comme le meilleur guide et le futur Président de la Section régionale du Nord de la France.

Plus que quiconque il sera à la fois un animateur et un élément puissant de coordination entre Paris-Lille et les sous-Sections, comme il a été un animateur de nos réunions.

Au cours de ces réunions, deux genres de questions ont fait l'objet de nos conversations :

- le souci de la sécurité de nos malades,
- l'organisation de notre jeune Spécialité.

En échangeant nos observations et nos critiques à propos d'incidents rencontrés dans la pratique journalière, en rendant compte de nos lectures et de nos observations, nous avons certainement contribué au perfectionnement de nos techniques personnelles.

En nous tenant au courant des dangers que comportent les méthodes modernes nous avons encore suivi la ligne tracée par le premier Congrès d'Anesthésie. Nos patients sont certainement les premiers bénéficiaires de ces préoccupations.

Nos conversations nous ont permis de voir les imperfections de l'organisation de l'anesthésiologie et, parfois, de leur trouver des correctifs. Ceci fera l'objet de la suite de cet exposé.

1º- Nos rapports avec les chirurgiens -

Nous pouvons dire que presque tous sont convertis à nos méthodes et qu'un climat de confiance s'est établi.

Habitués à assurer eux-mêmes les soins et la responsabilité pré, per et post-opératoires, ce n'est que très progressivement qu'ils ont admis notre activité. Si parfois il subsiste encore quelque hésitation dans nos rapports c'est presque toujours parce qu'ils sont insuffisamment informés. Il serait utile de les tenir au courant de nos travaux et de notre évolution. Le Syndicat peut nous y aider en assurant la publication d'un bulletin, destiné à la fois aux anesthésiologistes et aux chirurgiens. Ce bulletin complèterait utilement, sur le plan professionnel, la revue Anesthésie-Analgésie, qui est avant tout scientifique.

En outre, chacun de nous peut avoir une influence plus grande auprès des chirurgiens en présentant plus souvent des communications devant les sociétés de chirurgie de Paris et de Province.

En multipliant les contacts, nous favoriserons une évolution plus rapide de l'anesthésiologie et lui assurerons la place qui lui revient.

2º- Les Médecins praticiens -

Les médecins praticiens nous sont, en général, reconnaissants de les soulager de la responsabilité et des soins post opératoires. Devant l'apparente simplicité de nos techniques quelques-uns se laissent tenter par les anesthésies intraveineuses car la seringuée de Nesdonal est bien pratique pour inciser un panaris ou arracher un ongle incarné. Il serait peut-être de notre devoir de leur faire connaître les risques graves de ce geste si simple. Quelques articles dans la presse professionnelle les mettraient devant leurs responsabilités.

3º- Les Anesthésiologistes à l'Hôpital -

En clientèle privée il appartient aux cliniques ou à nous-mêmes de fournir le matériel. Il n'en est pas de même dans les hôpitaux. De nombreuses difficultés se présentent quand des crédits sont nécessaires. Certes, les médecins membres des commissions administratives nous aident, mais il reste parfois difficile d'approcher et de persuader les autres membres.

Il nous appartient de demander les appareils qui nous sont indispensables, mais il devrait encore nous appartenir de les choisir. Il n'en est pas toujours ainsi : une Commission administrative a désigné un radiologue pour choisir les appareils quand elle ne s'est pas entendue, directement, avec un constructeur pour acheter un matériel peu coûteux, mais mal conçu.

Si les anesthésidogistes ne peuvent se faire entendre c'est que, bien souvent, ils sont encore dans un rôle subalterne, assurant leur service bénévolement, sans statut officiel et parfois sans rémunération.

Pourtant cette situation s'améliore peu à peu. L'Assistance Publique de Paris a montré l'exemple en créant des postes d'assistants soumis au concours. Le centre anti- cancéreux de Lille a nommé un assistant. Les hôpitaux secondaires du département ont créé en deux ans quatre services d'anesthésie réanimation soumis également au concours. Mais, dans les hôpitaux de Lille, Ville de Faculté, les services d'anesthésie sont encore assurés de façon bénévole.

Il est certain que les anesthésiologistes n'auront d'autorité que le jour où ils auront partout une situation stable et bénéficieront d'un Statut national.

La tâche de l'anesthésiste-réanimateur est chaque jour plus lourde. Responsable de l'évolution de la maladie opératoire, son activité serait plus efficace s'il était aidé. Des aides d'anesthésie, des étudiants, des infirmières spécialisées, pourraient former, autour de lui, l'équipe d'anesthésie réanimation dont on a parlé bien souvent, mais qu'on a rarement réalisée en France.

4º- L'enseignement de l'Anesthésie -

La mise au point des méthodes d'enseignement de l'anesthésie est plus délicate à étudier, car elle est du ressort des Facultés et soumise à l'autorité des Doyens. A Lille, elle a reçu une solution qui, dans le présent, semble satisfaisante. Les professeurs de chaque discipline assurent l'enseignement de la partie du programme qui les concerne. Chacun d'eux a pris comme assistant un anesthésiologiste qui était déjà son collaborateur soit à l'Hôpital, soit à la Faculté. Pourtant, il semble que les anesthésiologistes devraient prendre une part plus importante dans l'élaboration des programmes et dans leur exécution. En outre, un titre officiel devrait assurer leur autorité dans l'accomplissement de leurs fonctions.

5º- La Sécurité Sociale -

Le Syndicat a obtenu de la Sécurité Sociale le remboursement des actes d'anesthésie. Des discussions sont en cours. Nous croyons que le moment est venu de faire comprendre la nécessité de rendre aussi accessible que possible l'utilisation des méthodes modernes.

Les Caisses ont tendance à trouver trop élevés les frais médicaux ; c'est à regret qu'elles abandonneront les méthodes peu coûteuses d'autrefois. Il nous appartient de défendre la sécurité de nos patients et de faire comprendre aux Caisses que s'il est de petites interventions il n'est pas de petites anesthésies et qu'il est aussi illogique d'imposer des qualités différentes d'anesthésies selon l'importance des interventions qu'il le serait d'imposer des bistouris de qualité inférieure. La nomenclature actuelle nous permet de noter en K chirurgicaux les actes d'anesthésie. La réduction de 10 % des honoraires chirurgicaux nous oblige à noter nos actes sur la même feuille que le chirurgien. Il en résulte parfois des confusions regrettables. Il semble qu'il serait préférable d'établir un K d'anesthésiologie et des feuilles séparées qui éviteraient toute erreur.

6º - La documentation et la recherche -

Nos techniques évoluent, une documentation importante, sans cesse tenue à jour, est devenue indispensable. A Lille, l'un de nous a suggéré de réunir un fichier central. L'idée ne pourrait-elle être reprise sur le plan national ?

Nombreux sont ceux d'entre nous qui consacrent une partie de leur temps à la recherche. Privés de matériel et de crédits ils aboutissent difficilement, après des pertes de temps considérables. Le Syndicat pourrait peut-être obtenir qu'une fraction des crédits de la recherche scientifique soit destinée à l'anesthésiologie.

7º - Le matériel technique -

Le matériel nécessaire à notre pratique journalière a fait défaut pendant longtemps. Venu de l'étranger, il franchissait difficilement les barrières douanières qui ne se sont guère assouplies. Nous comprenons le souci de protéger l'industrie

française, mais les conséquences ne sont pas les mêmes de réduire l'importation de produits industriels ou de mettre obstacle à l'importation d'appareils médicaux.

Certes, l'industrie française commence à mettre à notre disposition un choix important et, le plus souvent, d'une qualité remarquable. Mais ce choix est peut-être devenu difficile car chacun s'est mis à construire selon sa propre inspiration et sans aucun contrôle technique.

Si des règles de sécurité très strictes sont imposées à nos bouteilles de gaz dès leur fabrication on peut s'étonner qu'une réglementation n'ait pas été établie, assurant aux conditions physiologiques de nos patients une sécurité suffisante, comme cela s'est fait, par exemple, pour les masques à gaz. Nous pourrions définir nous-mêmes les règles de sécurité. La Société d'Anesthésie, les physiologistes, les constructeurs eux-mêmes nous y aideraient.

8º - Le Congrès annuel -

Je voudrais, pour terminer, proposer une légère réforme à notre Congrès annuel. Si nous voulons avoir des rapports étudiés convenablement, en particulier si nous voulons qu'ils soient étudiés en commun dans les Sections, il serait utile que leurs sujets soient fixés longtemps à l'avance. Peut-être même serait-il utile de le faire à la fin de chaque Congrès, en même temps que seraient désignés le Président et les Rapporteurs de l'année suivante, le Bureau du Congrès étudiant ces différentes questions et les soumettant au vote des congressistes.

La Section de Lille, s'efforçant de rester dans l'esprit des fondateurs du Syndicat des Anesthésiologistes, a voulu présenter des suggestions qui, si elles étaient acceptées, donneraient, croyons-nous, une plus grande vitalité à notre Groupement. Nous voudrions que chacun participe à l'activité générale. Nous espérons ainsi susciter des initiatives et de nombreuses bonnes volontés afin que, si l'importance d'un Syndicat dépend de l'activité de chacun de ses membres, le Syndicat des Anesthésiologistes Français prenne une place honorable parmi les Syndicats de Spécialistes.

M. BOUREAU :

La parole est à M. WIOT, Président de la Section Marseillaise.

M. A. WIOT (Marseille) :

Je vais, dans un court exposé, vous faire part des réflexions, des désirs des médecins Anesthésistes du Sud-Est. Ces réflexions ont du reste déjà été confrontées avec celles des différentes organisations avec lesquelles nous sommes fréquemment en rapport, c'est-à-dire la Sécurité Sociale, les Hôpitaux et nos confrères eux-mêmes.

L'idée générale de nos discussions peut se définir comme suit : défense du médecin anesthésiste vis-à-vis des médecins soi -disant anesthésistes, des auxiliaires médicaux, de la Sécurité Sociale, des Hôpitaux.

Nous devons nous défendre contre les médecins soi-disant anesthésistes.

Je m'explique.

Depuis quelques mois on assiste à Marseille à une véritable éclosion parthénogénétique de médecins anesthésistes. Il s'agit de médecins, ou même d'étudiants en médecine, ayant subi une très vague préparation théorique et pratique et qui se lancent à corps perdu dans la pratique privée avec des résultats plus ou moins satisfaisants.

Il s'agit aussi de médecins munis ou non d'un diplôme d'anesthésie qui, trouvant que l'anesthésie n'est pas intéressante, font endormir les malades par un externe ou une infirmière, signent les feuilles de Sécurité Sociale et partagent les bénéfices.

Il existe une troisième catégorie, celle des médecins qui pensent que donner des anesthésies tous les jours c'est une chose vraiment fastidieuse et stupide, que 2 ou 3 matinées par semaine c'est largement suffisant, consacrant le reste du temps à leur clientèle de médecine générale. Si je vous cite ce cas c'est pour l'avoir moi-même entendu.

De ces trois catégories, dans le Sud-Est, nous n'en voulons pas.

Nous devons nous défendre aussi contre les auxiliaires. Je n'insisterai pas sur ce point, déjà assez discuté. Je rappellerai seulement l'action entreprise vis-à-vis d'une infirmière et dont notre Président vous a déjà fait part. Le résultat obtenu - elle n'est plus accréditée par la Sécurité Sociale - a fait réfléchir pas mal d'auxiliaires médicaux qui se destinaient à l'anesthésie - et ceci d'autant plus que cette infirmière disait à qui voulait l'entendre que les positions acquises resteraient acquises. Elle continue néanmoins à donner des anesthésies, les feuilles de Sécurité Sociale étant signées par un médecin complaisant. Cela non plus nous n'en voulons pas.

Pourquoi cette intransigeance ?

Parce que nous pensons que seuls des médecins anesthésistes qualifiés pourront donner à l'anesthésie la place qui lui revient, que seuls ils pourront donner des anesthésies de qualité et que ce ne sera que : "par la qualité de notre travail, par l'assurance que nous apporterons, par le secours que nous donnerons, que nous arriverons à nous imposer"; pour reprendre les propres paroles de KERN : Comment nous défendre ?

Un seul fait domine. Il est, comme le disait Monsieur le Médecin Conseil Régional, la clef de voûte de notre défense : c'est la QUALIFICATION. Les Commissions sont constituées. Il faut qu'elles fonctionnent rapidement.

Mais nous pensons que pour être qualifié il faudrait exiger certains tests qui sont les suivants :

1º- Dans l'état actuel des faits nous croyons que seuls les médecins anesthésistes-réanimateurs se consacrant uniquement à l'anesthésie, c'est-à-dire à l'exclusion de toute autre spécialité ou de toute pratique médicale générale, auront droit à la qualification. Nous considérons ce point comme une nécessité absolue.

2º- L'obtention d'un diplôme d'anesthésiste ne doit pas entraîner ipso facto la qualification. Le diplôme ne constitue qu'une référence à laquelle pourront se reporter les Commissions de qualification. Je rappellerai, pour mémoire, que la possession du diplôme de pédiatrie n'entraîne plus la qualification.

3º- L'obligation d'un stage hospitalier prolongé, deux ans, dans les différents services où se trouve un assistant d'anesthésie des Hôpitaux qui sanctionnera ce stage par un rapport.

Ainsi conçue, nous croyons que la qualification :

- d'une part, entraîne l'élimination des incompétents, dangereux, rappelons-le, non seulement pour notre profession, mais surtout pour le malade ;
- d'autre part, stimulera ceux qui veulent réellement devenir des anesthésistes, l'anesthésie devenant une vraie spécialité et non un tout-à-l'égout.

Ainsi donc se réalisera spontanément une sélection laissant subsister seule la qualité qui, comme le dit KERN, est notre principal atout. Nous ne voulons nullement barrer la route à des concurrents possibles. Il y a toujours de la place pour celui qui connaît son métier.

Nous devons nous défendre vis-à-vis de la Sécurité Sociale. Nous voulons parler de la tarification des actes anesthésiques. Mon ami BEDARD avait

déjà insisté l'année dernière sur la différence considérable qui existait entre deux anesthésies, l'une pour prostatectomie, en un temps, et cotée K 120, et relativement facile, et l'autre pour une hysterectomie, cotée K 80, chez une femme obèse, anesthésie parfois très difficile.

On pourrait ainsi multiplier les exemples même en prenant deux anesthésies pour un même type d'opération. La greffe cutanée, par exemple, l'une faite sur la jambe, l'autre faite sur la face ?...

D'autre part, il est des opérations où l'anesthésie constitue un acte dont l'importance dépasse de beaucoup la cotation attribuée par la Sécurité Sociale. Une anesthésie avec intubation et tamponnement du pharynx pour chirurgie dentaire, une anesthésie pour lipiodol bronchique.

Nous proposons donc une sorte de revalorisation de l'acte anesthésique dans la qualité, les moyens mis en oeuvre et la durée de l'acte, pourrait servir de base. Nous savons que c'est là un problème très difficile.

Nous proposons :

1º- Pas d'anesthésie d'une valeur inférieure à K 10.

2º- Toujours les 3/10 du K opératoire et l'exemple de BEDARD illustre notre proposition.

3º- La cotation de l'intubation. L'intubation laryngée est, vous le savez, cotée K 40. Nous ne désirons pas tant, mais seulement K 20 chaque fois que l'état du malade ou le type de l'intervention aura nécessité son utilisation. Cela peut peut-être ouvrir la porte à des abus, mais n'en est-il pas ainsi de l'appendicectomie ou de l'hystérectomie ?

4º- La question jamais soulevée, je pense de la Rachis ou de la locale. Comment pourrait-on demander sa cotation : d'une part si elle est faite seule, d'autre part en sus d'une anesthésie générale ?

Il ne me reste plus qu'à vous parler de la question hospitalière et, par là même, aussi des cliniques.

La question hospitalière, dans les villes sans faculté, paraît avoir été résolue de façon assez satisfaisante, tout au moins en ce qui concerne Nice et Avignon, quoi qu'encore dans cette dernière ville, notre confrère GIBERT, qui a déjà surmonté avec succès pas mal de difficultés, se trouve encore en face de problèmes non résolus. Remboursement des fournitures, de l'anesthésie pour une opération inférieure à K 40.

Nos confrères de Nice et d'Avignon ont le titre de Médecins Chefs Anesthésistes des Hôpitaux. Pourquoi ne pouvons-nous pas obtenir ce titre dans les villes de Faculté ? Dans celles-ci, et je parle de Marseille, l'organisation anesthésique hospitalière constitue la plus grave entrave au développement de l'anesthésie.

Mes amis BIMAR, SERAFINO et FABRE et moi-même avons passé en Décembre 49 le concours d'assistant d'anesthésie des hôpitaux. De ce fait nous sommes assujettis à quatre matinées par semaine et depuis le départ de SERAFINO, à un jour de garde sur trois et un dimanche sur trois également. Nous donnons ainsi des anesthésies dans 10 services hospitaliers différents. En principe nous devrions être rémunérés - nous ne le sommes pour ainsi dire pas.

A cette insuffisance, un seul remède semble logique : augmenter le nombre des Assistants. Oui, mais qui voudra venir quatre matinées par semaine sans rémunération. Nous n'avons pour ainsi dire pas formé d'élèves hospitaliers. Mais en revanche les anesthésistes de clinique ne manquent pas. L'augmentation du nombre d'assistants d'anesthésie des hôpitaux ne pourra se faire que si l'on assure à ces derniers une situation matérielle équivalente à celle de leurs confrères de clinique. Notre organisation actuelle est très défectueuse. Le travail que nous faisons n'est pas celui qu'il devrait être. Il faut toujours se dépêcher, courir à droite, à gauche... Et pourtant le temps passé à l'hôpital nous paraît à peine suffisant pour former des élèves.

En revanche notre situation dans les cliniques est meilleure. Tout d'abord, entente complète entre mes amis FABRE, SERAFINO, BIMAR, qui fait que si l'un de nous n'est pas disponible il peut dépêcher son camarade. De même au point de vue matériel anesthésique, rares sont les cliniques qui ne possèdent pas leurs appareils. Chaux Sodée, Curare nous sont fournis, seul le Cyclopropane est à notre charge, sauf dans trois cliniques.

Nous bénéficions aussi du fait que bon nombre de chirurgiens opèrent maintenant l'après-midi, le soir et même la nuit.

Nos rapports avec nos confrères anesthésistes non syndiqués sont corrects.

Nos rapports avec les chirurgiens s'améliorent. Il existe seulement une clinique où des chirurgiens des hôpitaux s'obstinent à employer cette infirmière.

En conclusion de tout ceci : Revalorisation de l'acte anesthésique, mais surtout défense de l'anesthésiste par une qualification sévère qui, encore une fois, répétons-le, pourra seule nous assurer la place qui nous revient.

M. BOUREAU :

La parole est à M. LE MAGOUROU, Président de la Section Tourangelle.

L'ORGANISATION DE L'ANESTHESIE EN TOURAINE

A. LE MAGOUROU (Tours)

Alors qu'un jeune médecin spécialisé dans une des différentes disciplines médicales peut s'installer à son gré dans la région de son choix, où il espère trouver son espace vital, le jeune anesthésiologiste, nanti de son diplôme, reste perplexe et désemparé devant les difficultés auxquelles il se heurte pour trouver le poste où il pourra déployer son activité et gagner normalement sa vie. D'une part, il est tributaire des chirurgiens et des centres hospitaliers, d'autre part, il n'a aucune notion de l'importance que doit comporter une clientèle chirurgicale pour légitimer la création d'un poste d'anesthésiste suffisamment rémunérateur. En conséquence, s'il est utile, afin d'éviter une pléthore désastreuse dans le cadre de l'anesthésie, de prévenir les jeunes des difficultés qu'ils rencontreront au moment de leur installation, il est, en revanche, de bonne solidarité corporative d'aider ceux qui auront persévéré dans la voie de cette spécialité, en leur donnant des indications basées sur notre expérience personnelle. C'est dans cet esprit que nous avons pensé faire oeuvre utile en décrivant l'organisation de l'anesthésie dans une région où cette spécialité a été prise en considération depuis plus de dix années, période pendant laquelle elle a subi une évolution favorable tant au point de vue technique qu'au point de vue administratif. Des conclusions de telles études peuvent sortir, un jour, les idées directrices ou des indications précieuses pour l'orientation des futures générations d'anesthésistes.

Pour cette année, nous ne saurions envisager une étude d'ensemble de toute la région intéressant notre section provinciale qui comprend les cinq départements suivants : Indre-et-Loire, Maine-et-Loire, Loire-Inférieure, Morbihan et Vendée. La section n'a été créée qu'au mois de mai et une seule réunion a été tenue pour l'élection d'un Président ; puis rapidement la période des vacances est venue, dispersant les six membres actuellement inscrits et neutralisant tous travaux. L'organisation de la section ne pourra donc être entreprise avec fruit que dans les mois à venir et la première tâche sera de faire comprendre aux jeunes anesthésistes diplômés de la région qui semblent vouloir se confiner dans un individualisme fâcheux, tout l'intérêt qu'ils ont à s'inscrire à notre Syndicat, étant donné que plus nous serons nombreux, plus nous serons forts pour appuyer nos revendications corporatives.

Nous nous bornerons donc, aujourd'hui, à décrire l'organisation de l'anesthésie dans la ville de Tours, petite capitale de la Touraine, totalisant, avec ses faubourgs immédiats, environ 100.000 habitants et possédant une école de médecine de plein exercice.

La mesure et l'équilibre qui sont les vertus dominantes de ce coin de France semblent avoir apporté leurs règles mathématiques jusque dans l'organisation de l'anesthésie. La formule de base est le travail en quatre équipes complètement indépendantes, dont chacune se présente schématiquement de la façon suivante :

Deux chirurgiens et un anesthésiste assurant le travail d'une Maison de Santé de cent lits environ et d'un service d'hôpital, soit pour la ville de Tours: Huit chirurgiens, quatre anesthésistes, quatre Maisons de Santé importantes et quatre services hospitaliers, dont l'un pour la chirurgie pulmonaire. A noter que chaque Maison de Santé possède un chirurgien d'Hôpital. Malheureusement, cette harmonie d'équipe vient d'être en partie rompue par un chirurgien non hospitalier qui a remplacé son médecin-anesthésiste par une infirmière diplômée.

A la suite d'un concours qui s'est tenu le 21 Juin dernier à Paris, les quatre anesthésistes tourangeaux ont reçu le titre d'Assistant d'Anesthésie des Hôpitaux, qui leur donne le droit à des honoraires pour les anesthésies données à l'hôpital et à un petit fixe mensuel en compensation des soins donnés aux indigents ne relevant pas de l'Assurance Sociale.

Les services chirurgicaux hospitaliers ont été récemment dotés d'appareils modernes d'anesthésie, de réanimation et d'intubation. Dans chaque service les externes apprennent à tour de rôle à donner des anesthésies pour les opérations mineures et ils deviennent, au bout de quelques mois, des auxiliaires précieux, non seulement pour l'anesthésie, mais aussi pour la surveillance pré ou post-opératoire des malades, concurremment avec les élèves infirmières en stage dans les divers services. Une banque de sang, aménagée dans un bâtiment central de l'hôpital fonctionne d'une façon parfaite et assure tous les besoins tant à l'hôpital qu'en Maison de Santé. On peut dire que l'organisation hospitalière ainsi comprise, donne toute satisfaction aux chirurgiens et aux anesthésistes ainsi qu'un maximum de sécurité aux malades.

Nous pensons que l'Assistanat des hôpitaux est une excellente chose, car ce titre confère à l'anesthésiste une certaine considération près des chefs de service et de l'autorité vis-à-vis de l'administration et du personnel hospitalier, mais nous estimons qu'il faut un assistant par service et non pas un seul assistant pour le centre hospitalier comme cela existe encore à Nantes. Cette restriction, qui pouvait se comprendre il y a quelques années, par suite du petit nombre d'anesthésistes qualifiés, ne devrait plus exister actuellement et tous les services chirurgicaux des Hôpitaux de grande ville devraient être pourvus d'un assistant d'anesthésie nommé au concours, comme cela s'est passé pour l'Hôpital de Tours. C'est également l'opinion de notre confrère, le Docteur Ginguené, de Nantes, seul assistant d'anesthésie de cette ville, qui, par une lettre récente, nous a communiqué son avis sur la question dans les termes suivants ; "Il est évident que je ne puis, seul, assurer tout le service hospitalier ; je me contente de travailler à l'Hôpital uniquement sur la demande des chirurgiens, pour de très grosses interventions et pour la chirurgie pulmonaire. J'estime que, pour assurer à peu près complètement et régulièrement

le service d'anesthésie à l'hôpital, nous devrions au moins être trois assistants, plus un assistant rattaché uniquement au service de chirurgie pulmonaire." L'opinion de notre confrère nantais corrobore donc notre conception personnelle sur le nombre des Assistants d'Anesthésie dans une grande ville.

D'ailleurs, à une époque où les titres seront de plus en plus exigés pour l'admission dans des organisations officielles, celui d'Assistant des Hôpitaux peut avoir une très grande utilité pour les jeunes anesthésistes car il prouve la compétence dans la spécialité mieux que l'avis d'une commission de qualification.

Mais l'expérience a montré, tout au moins à Tours, qu'un seul anesthésiste ne peut assurer facilement le travail d'une importante Maison de Santé possèdant deux chirurgiens et en même temps celui d'un service hospitalier. En effet, pendant que l'anesthésiste travaille à l'hôpital avec un des chirurgiens, l'autre chirurgien peut avoir également besoin de ses services à la Maison de Santé et ceci entraîne fatalement l'obligation pour l'anesthésiste d'avoir sous ses ordres et à ses frais, un auxiliaire attitré susceptible de le suppléer dans le courant de l'année et de le remplacer pendant la période des vacances. C'est dans ce rôle de suppléantes travaillant sous les ordres et la responsabilité d'un anesthésiologiste que les infirmières diplômées d'anesthésie pourraient trouver des emplois intéressants. L'inconvénient que l'on peut reprocher à cette organisation est que les honoraires spéciaux accordés par les Caisses aux médecins-anesthésistes qualifiés, ne peuvent être perçus lorsque l'anesthésie a été donnée par un auxiliaire, ce qui est préjudiciable à l'anesthésiste; aussi l'association entre deux médecins anesthésistes selon la formule de plus en plus en vogue chez les chirurgiens, nous paraît-elle préférable, à condition bien entendu que la clientèle chirurgicale de la clinique soit suffisamment importante pour honorer deux anesthésistes. C'est cette combinaison que nous avons personnellement adoptée à la maison de santé des Dames Blanches, à Tours, avec Madame le Docteur Michel-Moore, membre de notre Syndicat. A nous deux nous assurons en collaboration tout le travail de la maison de santé et d'un service hospitalier, c'est-à-dire l'anesthésie, la réanimation, les examens et soins pré ou post-opératoires, sous la direction du plus ancien qui donne les instructions pour chaque malade.

Pendant les séances opératoires, les anesthésistes endorment à tour de rôle les malades dans deux salles d'opération, ce qui fait gagner du temps à l'équipe chirurgicale et donne aux anesthésistes tout le loisir pour endormir, intuber, perfuser leurs malades, ou en fin d'intervention, pour les aspirer, les oxygéner, les détuber, puis les suivre jusqu'à leur lit, pour organiser la réanimation post-opératoire. Tout cela se fait méthodiquement et sans hâte. Quand il s'agit d'opération de longue durée, les deux anesthésistes coopèrent, l'un s'occupant de l'anesthésie, l'autre de la réanimation. Quatre matinées par semaine sont consacrées aux interventions courantes, sauf pour les cas d'urgence ; mais toutes les opérations de longue durée sont de préférence bloquées sur deux journées, le mardi et le vendredi. Ces journées sont véritablement l'image de la chirurgie future telle qu'on la conçoit, avec des équipes travaillant à "temps plein" dans de grands centres hospitaliers. Le travail commence à huit heures précises et se continue jusque vers treize heures, moment où toute l'équipe, comprenant chirurgiens, aides et anesthésistes, prend un lunch servi généreusement par la Maison de Santé. Après cette pause réparatrice d'une

heure, le travail est repris à la même cadence jusqu'à l'épuisement du programme, c'est-à-dire jusqu'au soir, car il est bien rare que quelques urgences ne soient pas venues surcharger la liste des opérations prévues. A la fin d'une telle journée on s'aperçoit facilement que deux anesthésistes ne sont pas de trop.

A ce travail normalement dévolu à tout anesthésiste, sont ajoutés un certain nombre d'actes médicaux apportant un supplément de rémunération, tels que : transfusion de bras à bras, saignée d'urgence, infiltration anesthésiques, pansements de brûlures, radiodiagnostic d'urgence de fracture, réfection d'appareil plâtré, voire même quelques actes de petite chirurgie d'urgence ne justifiant pas le dérangement d'un chirurgien. Enfin, un des anesthésistes peut éventuellement remplacer un aide absent, ou donner une anesthésie pour un des spécialistes fréquentant la clinique.

Aux anesthésistes est confié également le soin de suivre les malades en collaboration avec le chirurgien, d'établir un dossier pour chacun d'eux et de constituer un fichier où le chirurgien peut trouver en temps voulu la documentation ou les références nécessaires aux publications scientifiques. Ce travail supplémentaire, qui bénéficie uniquement aux chirurgiens, donne lieu à une rémunération spéciale consentie par eux.

Si nous signalons tous ces détails, c'est dans le but d'argumenter notre conception sur le rôle important que peut jouer un anesthésiste dans une Maison de Santé où règne l'esprit d'équipe, c'est-à-dire d'entr'aide mutuelle. Nul mieux que lui ne peut seconder le chirurgien, soit en lui évitant certaines besognes qui constituent une perte de temps, soit en participant aux soins post-opératoires, car connaissant le bilan organique et biologique des malades, la nature et l'importance de l'intervention pratiquée, il peut évaluer les risques et prévoir les complications. A notre avis, l'anesthésiologue doit devenir le premier collaborateur du chirurgien, c'est-à-dire un véritable chef de clinique, à condition qu'il sache s'élever au-dessus du rang d'un simple manipulateur d'appareil d'anesthésie et se donner la peine d'acquérir une haute culture médico-chirurgicale.

Tout travail mérite salaire, dit le dicton, nous ajoutons qu'il mérite une récompense supplémentaire. Pour ce qui est du salaire, c'est-à-dire des honoraires dans notre équipe d'anesthésistes, tous les honoraires sont groupés par les soins du bureau de la Maison de Santé qui établit les états mensuels pour les Caisses des diverses collectivités et sont distribués en fin de mois aux intéressés suivant le pourcentage spécifié dans le contrat d'association. Nous pensons qu'il serait légal que des honoraires soient inscrits dans la nomenclature pour la consultation pré-opératoire et pour les heures de surveillance post-opératoire. La question du K : Anesthésie qui, pour la première fois doit, paraît-il, être discutée au Congrès des Chirurgiens, est une question qui nous intéresse également car si nous pouvions obtenir un jour la séparation de nos honoraires de ceux du chirurgien, ce serait un premier pas vers l'indépendance de l'Anesthésiologie.

Après les honoraires, voici comment l'équipe reçoit la récompense dont j'ai parlé plus haut. Elle se traduit par des loisirs et des vacances. Le service de nuit et le service du dimanche sont assurés chaque semaine, à tour de rôle, par chacun des anesthésistes, ce qui assure un peu de loisir à celui qui n'est pas de garde. D'autre part, deux mois de vacances, répartis sur l'année, sont alloués à chaque membre de l'équipe, ce qui lui permet de s'évader pour un moment de l'atmosphère toxique des blocs opératoires et des salles de malades. Pendant ces périodes de vacances, celui qui reste supporte, évidemment, tout le travail, mais comme ces absences ont lieu, en principe, au moment des fêtes ou des vacances légales, le travail est un peu au ralenti.

Notre organisation, telle que je viens de la décrire, n'est peut-être pas parfaite ; des confrères peuvent avoir encore mieux fait dans leur région ; mais, dans l'état actuel des choses, elle nous donne satisfaction et nous ne pouvons que la conseiller à tous ceux qui possèdent les éléments nécessaires pour la réaliser.

Au cours de cette étude, dont nous vous demandons d'excuser un peu l'égocentrisme, nous avons cherché à attirer votre attention sur plusieurs points qui, à notre sens, méritent d'être retenus :

1º- Des concours pour l'obtention du titre d'Assistant d'Anesthésie devraient être demandés par tous les grands centres hospitaliers de France, ce qui permettrait de constituer un corps d'Anesthésistes officiels pouvant discuter d'égal à égal avec les confrères des autres disciplines médicales et augmenterait la considération portée à l'anesthésie.

2º- Le travail en équipe indépendante dans une maison de santé, avec un contrat sauvegardant l'avenir, nous paraît la formule idéale pour l'anesthésiste qui, ainsi, n'a plus à faire de déplacements fastidieux ni de transports compliqués d'appareils.

3º- Dans les maisons de santé d'une certaine importance, l'association de deux anesthésistes présente beaucoup d'avantages en ce qui concerne la distribution du travail, la surveillance post-opératoire des malades et les remplacements réciproques pendant les absences imprévues ou les périodes de vacances.

4º- Dans une ville provinciale de cent mille habitants, nous estimons qu'il y a place pour quatre anesthésiologistes titulaires et au moins deux jeunes anesthésistes suppléants travaillant en association avec contrat. Sans aucun débours d'installation, ces derniers bénéficieraient d'une situation de début suffisante avec augmentation progressive assurée.

5º- L'anesthésiologiste peut trouver dans une maison de santé des emplois adjacents à l'anesthésie-réanimation, susceptibles d'améliorer sa situation matérielle et peut devenir le principal collaborateur du chirurgien s'il est suffisamment travailleur et instruit. Si cette formule pouvait être appliquée d'une façon plus fréquente, grâce à une heureuse entente entre chirurgiens et anesthésistes, toutes les sous-préfectures françaises possédant une maison de santé de moyenne importance (40 à 50 lits), pourraient fournir une situation honorable à un médecin anesthésiste.

En terminant ce rapport, il nous plait de rendre un public hommage aux chirurgiens tourangeaux qui, ayant saisi depuis de nombreuses années l'avantage des méthodes modernes d'anesthésie, nous ont donné leur appui moral et financier et nous ont laissé toute latitude pour organiser nos services en vue du bien commun. C'est ce que nous nous sommes efforcé de faire de notre mieux en nous souvenant des principes méthodiques d'un Descartes et de la "Doulce" philosophie d'un Rabelais, ces deux enfants de la Touraine, qui président encore spirituellement aux destinées de cette belle province française.

M. BOUREAU :

La parole est à M. BALANS, Président de la Section Bordelaise.

M. G. BALANS (Bordeaux)

Nous sommes au pays de la mesure. M. LE MAGOUROU vient de parler de Descartes et de Rabelais. Je vais tâcher d'adopter la concision de Montesquieu pour vous faire un rapport le plus bref possible.

La Section provinciale, pour la Région de Bordeaux, du Syndicat des Anesthésiologistes Français, créée en juin dernier, compte jusqu'à présent 7 membres, tous résidant à Bordeaux. Nous n'avons pas encore pu contacter les Confrères des Landes, de la Dordogne, du Lot-et-Garonne et des Basses-Pyrénées, mais nous avons vu avec satisfaction que le Dr. LEMOINE de Bayonne avait demandé son adhésion au Syndicat National et nous serons heureux, dès qu'il sera admis, de le compter parmi nous.

Jusqu'en 1949, la situation des anesthésistes réanimateurs avait été, dans la région bordelaise, assez précaire. Au début de l'année scolaire 1949-50 s'est ouvert à la Faculté de Médecine de Bordeaux un cours d'anesthésie-réanimation. Différents Professeurs de la Faculté ou Chirurgiens des Hôpitaux y ont donné des cours, ainsi que Madame le Docteur RIEUNAU de Toulouse et le Docteur HUGUENARD de Paris. Des démonstrations pratiques y ont été faites par les Docteurs BAHUET, Alain MAURIAC, Henri CONTE et SAVIN de LARCLAUSE, membres du Syndicat, ainsi que par le Docteur Paul LEDUC assistant de Monsieur le Doyen PORTMANN et spécialisé dans les anesthésies d'O.R.L.

Pour les exercices pratiques les moniteurs n'ont reçu dans certains services de chirurgie des Hôpitaux ou de la Faculté qu'un accueil réservé, certains Chefs de Service ayant accoutumé de faire donner les anesthésies uniquement par leurs Externes. Mais il est hors de doute que les avantages représentés par les anesthésies en circuit fermé ont déjà vaincu bien des réticences.

Pour l'année 1950-51, M. le Doyen PORTMANN et M. le Professeur F. PAPIN ont chargé notre ami BAHUET d'établir un projet de stage pratique avec un Moniteur dans chaque service chirurgical. Ce service qui est élaboré avec la collaboration de tous les membres du Syndicat prendra vie dès la rentrée de la Faculté en Novembre.

Nous envisageons une réunion trimestrielle dans la Section du Syndicat au cours de laquelle seront discutées des questions d'ordre matériel ou syndical.

Tous les mois, nous tâcherons de faire une réunion avec un programme de communications scientifiques et nous nous efforcerons d'y intéresser les élèves, les Chefs de Service et le plus grand nombre possible de Confrères. Peut-être même dans l'avenir pourrions nous envisager des échanges de vues au cours de réunions communes

avec la Société d'Anesthésie de Toulouse, plus ancienne que nous dans la spécialité, si nos Confrères veulent bien donner suite à notre proposition. De ces prises de contact, nous espérons retirer le plus grand bénéfice.

Sur le plan syndical les Confrères faisant partie de la Section provinciale sont unanimes à demander la proche réunion de la Commission de qualification pour que la situation des anesthésistes soit définitivement réglée vis-à-vis des organismes de Sécurité Sociale.

En effet, le Médecin-Conseil Régional de la Sécurité Sociale a demandé au Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins de la Gironde communication de la liste des anesthésistes qualifiés. Celui-ci s'y est jusqu'à présent refusé en donnant comme réponse valable qu'il attendait les décisions de la Commission pluri-régionale de qualification. Malgré tout, à la suite d'une de nos démarches personnelles, les Caisses Chirurgicales Mutuelles et les organismes de Sécurité Sociale de la Gironde règlent les anesthésies en circuit fermé ou endoveineuses continues, suivant le barême de la nomenclature, aux Confrères qui ont déjà été l'objet d'une qualification provisoire de la part d'une sous-commission de la Commission de Qualification des Chirurgiens. Mais il est évident que ce provisoire ne saurait durer éternellement et que cette question devra être tranchée dans les mois qui suivent.

En ce qui concerne les conditions à exiger pour la qualification définitive future, les membres de la Section de Bordeaux suivront avec le plus grand intérêt les discussions qui ne manqueront pas d'être engagées à ce sujet lors du Congrès. Ils émettent néanmoins le voeu formel que le respect des situations acquises à l'occasion d'une incontestable compétence serve de base au processus de la qualification, comme il en a été déjà pour la qualification dans d'autres spécialités ou compétences.

DISCUSSION DES RAPPORTS DES PRESIDENTS REGIONAUX

M. BOUREAU :

La discussion est ouverte à propos des quatre communications de nos Présidents Régionaux. Voulez-vous que nous abordions d'abord la question des contrats ? M. BEDARD, je crois, voulait nous en parler.

M. BEDARD :

Tout à l'heure, j'ai soulevé la question des contrats entre anesthésiste et chirurgien. Je n'ai pas d'idée préconçue à ce sujet, mais je crois qu'il serait bon que le problème soit étudié pour savoir si pareil principe est souhaitable ou non. Il est possible que certains anesthésistes aient intérêt à se lier par contrat à des chirurgiens, mais il est à peu près certain que beaucoup d'autres n'ont aucun intérêt à faire de même. Il faudrait donc émettre un avis à ce sujet.

M. BALANS :

Je vous ferai remarquer que cette question ne dépend pas uniquement de nous parce que des contrats entre confrères ou entre collectivités et médecins doivent être soumis aux Conseils Départementaux de l'Ordre avant de pouvoir être appliqués.

M. DELMAS :

Les contrats que nous pouvons être appelés à signer ont pour but soit de lier notre activité à des établissements ou des chirurgiens, soit de fixer les modalités de paiement d'un traitement ou d'honoraires.

Disons tout de suite que pour ce qui est des établissements mutualistes, tant au sujet de notre activité que de notre rémunération, l'impuissance de l'Ordre vis-à-vis de ces contrats nous désarme nous-mêmes complètement et nous discuterions inutilement à vouloir poser des principes à ce sujet.

Pour ce qui est des contrats avec des cliniques ou des chirurgiens, ils ne peuvent avoir pour but que d'assurer le service de notre activité. Nos clients étant quasiment tous assurés sociaux, nos honoraires sont à l'acte, ils résultent de notre signature sur la feuille de maladie. Tout contrat portant sur nos honoraires ne peut aboutir qu'à un trafic d'honoraires. Il me semble donc que la question soit du coup tranchée, nous ne pouvons pas signer de contrat avec un établissement ou une clinique si ce contrat a une clause financière.

M. BOUREAU :

Je voudrais poser la question d'une autre façon. En province, et même à Paris, on est l'anesthésiste d'un ou de deux chirurgiens. Si un jour ou l'autre le chirurgien avec qui l'on travaille désire faire cesser cette collaboration, l'anesthésiste se trouve du jour au lendemain dans une situation financière catastophique. C'est précisément ce qui est arrivé à l'un de nos confrères qui, après avoir abandonné un poste fort lucratif de médecine générale pour se consacrer - à la demande

d'un chirurgien - à l'anesthésie et à la réanimation, s'est vu remplacer du jour au lendemain par une charmante infirmière, un peu trop charmante, semble-t-il, aux yeux du chirurgien. Un contrat ne permettrait-il pas d'éviter situation semblable ?

M. DELMAS :

La médecine demeurant encore une profession libérale, il est parfaitement évident que nous subirons sans pouvoir rien y faire cet état de fait ; en aucun cas on ne peut obliger un malade ou un chirurgien à s'engager à l'avance à faire appel aux services réguliers de tel ou tel d'entre nous. Il y a évidemment pour nous une sorte de situation mineure infiniment regrettable ; mais jusqu'à nouvel ordre, les malades ne viendront pas nous trouver d'abord et ce n'est pas nous qui leur dirons : "Eh bien, mon chirurgien, c'est un Tel, vous allez faire appel à lui." C'est le contraire qui se produit ; nous n'y pouvons rien, c'est un état de fait, qui dépend d'une profession libérale.

M. BOUREAU :

Et pourtant la question se pose parfois, tant il est vrai que plusieurs jeunes confrères de province me l'ont posée.

M. DELMAS :

Ils vous ont posé la question, parce qu'il se produit du côté des chirurgiens une tendance naturelle à s'attacher les services réguliers de tel ou tel anesthésiste, afin d'être sûr de l'avoir toujours sous la main. Et certains des chirurgiens qui cherchent à s'attacher un anesthésiste dans ces conditions, font abstraction des questions d'argent. D'autres cherchent à trafiquer sur les services de cet anesthésiste en se disant : "Je vais lui donner un fixe qui sera sûrement inférieur à ce qu'il me rapportera, et j'empocherai la différence."

Il y a donc un contrat qui, lui, pourrait être licite et normal, encore que ce soit une atteinte au libre choix du malade : c'est de dire : "Tel anesthésiste me réserve son concours, et moi-même je lui réserve toutes mes anesthésies" ; c'est donc un contrat uniquement de formation d'équipe qui n'a rien à voir avec le contrat financier ; et puis il y a le contrat financier.

Celui qui ne concerne pas les questions d'argent peut être envisagé ; le contrat qui concerne les questions d'argent, qui prévoit le réglement des honoraires, me paraît inenvisageable, dans l'état actuel de la médecine en France.

M. BOUREAU :

Tout le monde est-il d'accord sur ce principe ?... (Approbations, et quelques désapprobations)...

M. CARRE :

Je crois que l'attitude des anesthésistes ne doit pas être influencée par un complexe d'infériorité. Nous ne devons pas oublier que nous sommes médecins et que notre profession est encore libérale : nous sommes libres de donner nos soins à qui nous plait dans la limite où le devoir d'humanité ne nous oblige pas et les malades ont la liberté de demander le praticien qu'ils préfèrent.

Le chirurgien peut, tout au plus, recommander un anesthésiste, mais son client peut toujours dire : "Je ne veux pas de cet anesthésiste."

M. BALANS :

Un chirurgien peut très bien ne pas accepter d'opérer avec un autre anesthésiste.

M. CARRE :

Il s'agirait là d'un acte anti-confraternel qui, dans certaines conditions, pourrait justifier une plainte devant le Conseil de l'Ordre.

M. DELMAS :

En pratique, il est absolument exceptionnel que le malade puisse choisir ; avant de faire l'anesthésie, j'ai fait de la biologie, eh bien je n'ai pas eu d'exemple d'un médecin qui désirant envoyer un examen de laboratoire chez moi , ou chez un confrère, ait dû surmonter l'opposition d'un malade.

M. CARRE :

En pratique, il est évident que nous opérons avec un certain groupe de chirurgiens qui acceptent nos services parce qu'ils en sont satisfaits.

M. DELMAS :

Il y a donc un contrat tacite.

M. CARRE :

Contentons-nous du contrat tacite et de l'engagement moral, mais ne nous engageons pas dans des contrats écrits qui risquent fort d'être illégaux.

M. DELMAS :

Qui ne peuvent pas tenir ; ils seront rompus le jour où l'on voudra.

M. CARRE :

Qui cherchera à rompre le contrat ? Ce sera toujours le chirurgien. Dès lors si un contrat entre anesthésiste et chirurgien est facilement caduc pour l'anesthésiste, et pas pour le chirurgien, ne signons pas de contrat.

En outre, si nous nous lions à un chirurgien, aucun autre ne nous consentira de contrat. Nous serons dans la situation de son chauffeur ou de son infirmière et à la première occasion, pour une simple question d'intérêt, il s'adressera à un autre confrère.

M. BALANS :

C'est prêter aux chirurgiens des sentiments bien mesquins.

M. CARRE :

Je prête, en ce moment-ci, à l'anesthésiste un complexe d'infériorité qui le met dans une position qui n'est plus libérale, en venant offrir des contrats et abandonner les droits que lui donne la loi, et ceci parce que tel chirurgien désire s'assurer les services d'un bon anesthésiste et en priver son confrère voisin. Je crois qu'il faut avoir la politique absolument opposée : c'est ce que nous faisons à Lille, où nous cherchons dans toute la mesure du possible - et nous y réussissons - à n'être liés à aucun chirurgien. Nous travaillons en principe tous avec tous. Nous n'avons aucunement l'intention de passer des contrats, et je suis persuadé que si les jeunes qui viendront s'adjoindre à nous ont la même attitude il n'y aura pas de contrat chez nous. Nous chercherons uniquement à imposer les méthodes modernes, à faire en sorte que les anesthésies données par notre Groupement soient aussi parfaites que possible et que les chirurgiens ne puissent plus se passer de l'anesthésie moderne. Quand un chirurgien, exceptionnellement, ne peut obtenir l'anesthésiste qu'il préfère, un confrère se trouve toujours pour le remplacer.

M. BEDARD :

Je crois qu'il faut en finir avec cette question. A mon avis, si un anesthésiste veut se lier par contrat avec un chirurgien, il est parfaitement libre de le faire. Mais, en aucun cas, le Syndicat ne devra couvrir de son autorité une association de ce genre et à plus forte raison rédiger un modèle de contrat.

M. BOUREAU :

Est-ce que quelqu'un demande encore la parole ?

M. MAROGER :

Monsieur CARRE a fait allusion à deux questions qui m'intéressent :

- les fiches d'anesthésie,
- le Bulletin.

Vous savez que grâce à l'obligeance de la Maison Spécia, le Syndicat peut fournir gratuitement à ses membres des fiches d'anesthésie, cartonnées, perforées.

J'avais, d'une façon un peu inconsidérée, espéré pouvoir créer un centre de statistique national, chargé de répartir les fiches selon les demandes et d'analyser les résultats obtenus. Ceci s'est avéré irréalisable sans l'assistance d'un secrétariat. Je pense que la question mériterait d'être reprise sur le plan provincial, et, en accord avec : "L'Information Médicale de Spécia, 28 Cours Albert 1er, PARIS 8º." Les fiches pourront être envoyées directement soit aux Présidents de Section qui en feront la demande, soit même aux membres de notre Syndicat ne faisant pas partie d'une Section provinciale.

La question du Bulletin retient également et depuis longtemps notre attention. Nous nous heurtons à de nombreuses difficultés, dont la principale est, bien entendu, le prix de revient.

Nous aurions également besoin d'être aidés précisément dans la rédaction de ce compte rendu de nos réunions.

M. VERHAEGHE :

Je voudrais essayer de tirer des conclusions pratiques sur ce que nous venons d'entendre. MAROGER a fait allusion aux fiches, et a dit lui-même qu'il était débordé, naturellement, par l'afflux des fiches, et qu'il se trouvait pratiquement dans l'impossibilité de réaliser l'organisation qu'il avait prévue. Il a parlé, pour cela, d'un développement du Secrétariat. Cela me paraît absolument indispensable, d'autant plus qu'au fur et à mesure du développement des Sections provinciales, il faudra qu'il y ait une liaison de plus en plus étroite entre le Secrétariat et les Sections provinciales.

Il est indispensable, à mon avis, que les Sections provinciales soient mises constamment au courant, en détail, des démarches qui sont faites, afin d'éviter que des impairs soient commis par des actions provinciales qui pourraient porter préjudice à l'action générale du Syndicat.

Ceci sous-entend un Secrétariat important, et je crois qu'il serait nécessaire de prévoir au Syndicat un Secrétariat qui comporte une Secrétaire rétribuée, ce qui permettrait d'aider le Secrétaire actuel, qui se trouve, évidemment, dans l'impossibilité de faire tout ce travail.

Le développement de ce Secrétariat permettrait, d'autre part, de réaliser peut-être autre chose (CARRE l'a mentionné dans son rapport, mais je vois qu'il n'a pas été compris). Il s'agissait non pas de mise en fiches des observations d'anesthésies (ce qui est en cours avec plus ou moins de succès) mais de mettre en fiches la bibliographie.

Ne serait-il pas possible, justement, de réaliser sur le plan national, une bibliographie centrale qui pourrait servir à tout le monde ? Est-ce que, par exemple, chaque section ne pourrait pas être chargée de compulser un certain nombre de publications dont elle s'engagerait à envoyer régulièrement les compte-rendus, ou les analyses à Paris ? A Paris, ces différentes analyses seraient polycopiées pour être envoyées aux autres sections ; ce qui fait qu'avec le travail réparti dans les différentes Sections, chaque Anesthésiste pourrait avoir, à sa section locale, l'ensemble de la bibliographie étudiée.

M. BOUREAU :

Je fais à cette proposition une objection de principe : nous sommes un Syndicat et non une Société scientifique. Les questions de bibliographie concernent la Société d'Anesthésie et non le Syndicat.

Avant de clore ce débat, je voudrais revenir sur une question très importante soulevée par M. WIOT, celle de l'obligation éventuelle pour les anesthésiologistes de n'exercer que l'anesthésie et la réanimation, ce qui reviendrait à assimiler l'anesthésiologie à une spécialité. Je dirai tout d'abord que sur ce point nous ne sommes pas qualifiés pour en décider ; le Conseil National de l'Ordre, en officialisant l'anesthésiologie, en a fait une compétence et non une spécialité, par conséquent, jusqu'à nouvel ordre, les anesthésiologistes ont la faculté d'exercer à côté de l'anesthésie-réanimation, soit une autre compétence, soit la médecine générale, ce qui est, je crois, le cas de la plupart d'entre nous. Mais j'ajoute que tout compétent peut être assimilé à un spécialiste sur simple demande de sa part, précisant qu'il exerce exclusivement sa compétence ; c'est là une disposition générale prévue par le Conseil National de l'Ordre et applicable, par conséquent, aux anesthésiologistes.

Ceci étant, je ne vois pas l'intérêt que nous aurions à souhaiter voir l'anesthésiologie érigée en spécialité. Ce sera peut-être, dans l'avenir, l'aboutissement normal de notre compétence, mais, personnellement, je ne crois pas que nous soyons encore mûrs pour cette transformation et je suis convaincu que la plupart d'entre vous pensent de même.

M. BIMAR :

Le fait de rendre exclusif l'exercice de l'anesthésiologie représenterait un préjudice que nous nous porterions à nous-mêmes.

M. BOUREAU :

Pas exactement, puisque les spécialistes bénéficient d'une majoration d'honoraires pour la consultation et la visite, le C2 et le V2. Mais c'est un avantage qui ne jouerait presque pas pour nous qui ne faisons pratiquement ni consultation ni visite - ou très peu - au titre de l'anesthésidogie. Cet avantage est d'ailleurs accordé aux compétents exclusifs puisqu'ils sont assimilés aux spécialistes.

M. BALANS :

Si les compétences peuvent être à exercice exclusif sur simple affirmation du médecin praticien, il existe aussi des spécialités à exercice non exclusif, la pneumo-phtysiologie par exemple. Dans une ville d'importance secondaire un spécialiste en phtysiologie peut compléter son activité par la pratique de la médecine générale. Cette doctrine est admise par l'Ordre.

M. BOUREAU :

Nos honoraires ne devant pas être sujets à variations, que nous soyons spécialistes ou compétents, je crois que nous n'avons aucun intérêt à solliciter le classement de l'anesthésiologie au rang des spécialités, ce qui d'ailleurs ne serait certainement pas admis pour le moment.

M. BIMAR :

La chose pourrait être étudiée d'un point de vue un peu particulier. Il existe des médecins de médecine générale qui ont dans leur proche famille des auxiliaires ou des étudiants dont ils cherchent à faire fructifier le travail. Ces auxiliaires donnent les anesthésies et le médecin signe la feuille de maladie.

M. BALANS :

Ceci est absolument irrégulier et constitue une escroquerie vis-à-vis de la Sécurité Sociale.

M. BOUREAU :

Messieurs, cette éventualité ne peut être envisagée ici, et si des faits précis existent, ils doivent être portés devant les conseils de discipline. Mais jusqu'à nouvel ordre, je tiens à défendre et à proclamer l'honorabilité de tous les membres de la Corporation médicale.

Nous allons maintenant, si vous le voulez bien, donner la parole à M. DOUTREBENTE qui va nous parler d'une question parfois controversée : celle des honoraires de l'anesthésiste en dehors de l'anesthésie.

LES HONORAIRES DE L'ANESTHESIOLOGISTE EN DEHORS DE L'ANESTHESIE

M.M. DOUTREBENTE

Le programme des journées de travail de notre Congrès indique que je dois traiter aujourd'hui, devant vous, la question des honoraires de l'Anesthésiologiste en dehors de l'anesthésie, c'est-à-dire des visites pré-opératoires, de la réanimation pré, per et post-opératoire, et de la surveillance post-opératoire. Cela revient à peu près à dire que je vais vous parler des différentes activités de l'anesthésiologiste et de leur inscription éventuelle à la nomenclature de la Sécurité Sociale.

Et, si vous le voulez bien, nous allons établir une sorte de dialogue entre nous, car les problèmes soulevés ont reçu des solutions différentes selon qu'il s'agit de la province et de la région parisienne, et j'ai besoin de connaître toutes les solutions qui ont été trouvées pour proposer éventuellement un réglement d'ordre général. C'est pourquoi je vous demanderai tout à l'heure de me faire connaître comment vous avez résolu les questions dont nous allons parler.

Il n'est nullement question dans mon esprit de considérer les relations existant actuellement avec la Sécurité Sociale comme particulièrement mauvaises, et que ce que nous avons obtenu jusqu'à maintenant soit très insuffisant, et je tiens à rendre un juste hommage à ceux qui ont bataillé pour nous et nous ont défendu énergiquement devant de nombreuses commissions de la Sécurité Sociale après avoir obtenu de l'Ordre National des Médecins la reconnaissance de notre spécialité, en particulier Mademoiselle DELAHAYE et notre sympathique Président Jacques BOUREAU. Je pense seulement que le moment est venu de détailler avec plus de minutie les différentes activités de l'anesthésiologiste et d'essayer d'obtenir une plus juste appréciation de son travail et de ses responsabilités, ainsi qu'une meilleure adaptation des honoraires qu'il peut être en droit de demander.

Voyons d'abord la question de la visite pré-opératoire : je pense qu'il ne viendrait à l'esprit d'aucun d'entre nous de se dispenser de faire la connaissance du malade qui doit subir une opération de quelque importance avant de lui poser un masque sur la face, bien que ce malade ait déjà été examiné par le chirurgien et par son médecin traitant, il me semble évident que rien ne peut remplacer la prise de contact personnelle entre le patient et celui qui est souvent plus redouté que l'opérateur, et que l'anesthésiologiste a pour premier devoir de calmer l'anxiété du futur opéré.

Il doit aussi, bien entendu, l'examiner lui-même, compléter cet examen clinique par les tests d'endurance, et prendre connaissance des examens de laboratoires et des épreuves radiologiques qui ont pu être pratiqués. C'est seulement alors qu'il pourra se faire une opinion sur celui qui sera son malade, et, en plein accord avec l'opérateur, décider de la prémédication et de l'anesthésie la mieux adaptée au cas particulier. Je dis : "en plein accord avec l'opérateur", et je tiens à signaler dès maintenant que le chirurgien doit toujours être considéré comme le seul chef de l'équipe dont il s'est assuré le concours, et que s'il peut déléguer une part de son autorité à l'un de ceux qu'il juge capable de lui donner un avis autorisé, il reste seul juge des décisions à prendre, comme il en est le seul responsable. Mais je ne vois pas pourquoi l'on ferait à la Faculté des cours, d'ailleurs remarquables, sur la prémédication, si l'anesthésiologiste n'est pas mis à même d'utiliser cet enseignement. Il est temps que les indications raisonnées et les mieux adaptées de la prémédication à chaque cas particulier, remplace le slogan habituel que l'on entend encore trop souvent, de faire au malade une piqure de Sédol une demie-heure avant l'opération, quel que soit le malade et quelle que soit l'opération projetée.

Je n'insiste pas sur l'importance de l'examen médical du malade adressé d'urgence en milieu hospitalier, le traumatisé, le choqué, le saigné ; là encore le rôle médical de l'anesthésiologiste aura une grande valeur car il aura son mot à dire sur la nécessité de l'acte opératoire ou sur la mise en état du malade par une thérapeutique médicale ou une transfusion préventives.

Du point de vue de la Sécurité Sociale, je crois qu'il n'y a aucune difficulté pour faire admettre la nécessité de cette visite pré-opératoire faite par l'anesthésiologiste. Mais, si certains d'entre nous ont pris l'habitude de voir, un ou deux jours avant la date prévue pour l'opération, à peu près tous les malades qu'ils doivent endormir, ce qui semble d'ailleurs satisfaire à la fois les opérateurs et les opérés, il apparaît d'une part que les uns se font honorer pour cette visite, ce qui me semble normal, alors que d'autres la font bénévolement, et, d'autre part, qu'un certain nombre de chirurgiens et d'anesthésiologistes n'estime pas à sa juste valeur cette visite pré-opératoire. Nous n'avons évidemment pas à juger de ce que le chirurgien considère utile de faire ou de ne pas faire, mais il nous est possible de lui démontrer la valeur et l'importance de cette prise de contact entre son opéré et l'anesthésiologiste et l'amener à en admettre la nécessité. Quant à l'anesthésiologiste qui se prive de cette précieuse source de renseignements, j'estime qu'il néglige ainsi une part importante de sa mission qui n'est pas seulement d'être un endormeur.

+++

Voyons maintenant ce qui va se passer le jour de l'opération si l'anesthésiologiste n'a souvent qu'à donner la narcose proposée tout en surveillant l'état du malade par la prise du pouls et de la pression artérielle, par contre, s'il s'agit d'une intervention de quelque importance, à l'anesthésie proprement dite viendra s'ajouter ce qu'il est convenu d'appeler la réanimation per-opératoire, c'est-à-dire, en plus de la thérapeutique médicamenteuse jugée nécessaire par l'état de l'opéré, l'administration par voie intra-veineuse soit d'un sérum, soit de sang conservé, soit

de sang frais. Dans la pratique courante, la mise en place d'une aiguille et l'administration intra-veineuse d'un sérum, sont des actes compris dans l'anesthésie et ne donnent pas lieu à des honoraires particuliers ; je crois cependant qu'il n'en est pas de même partout et j'ai entendu dire que certains d'entre nous majoraient les honoraires de l'anesthésie de la moitié de l'acte de perfusion. Pourquoi pas ? Ceci peut mériter la discussion et je vous demanderai de nous dire, tout à l'heure, ce que vous en pensez.

Il en est de même pour la perfusion de sang conservé, bien que dans ce cas, plus nombreux sont ceux qui ajoutent l'acte de perfusion à la narcose proprement dite.

Enfin, en ce qui concerne le sang, on peut distinguer la perfusion de sang fraichement recueilli et la perfusion de bras à bras. Nombreux sont les chirurgiens qui voudraient voir bannir de la salle d'opération le donneur de sang ; on peut répondre que si la perfusion de sang fraichement recueilli est la solution la plus chirurgicale, il peut être nécessaire, en cas de choc brutal ou d'hémorragie très importante, de recourir à la transfusion massive de bras à bras ; il semble cependant que cette technique doive être de plus en plus considérée comme exceptionnelle.

Qui doit faire ces perfusions de sang frais et ces transfusions ? Le problème se complique car nous allons aborder la question de nos rapports avec les transfuseurs, que je ne ferai d'ailleurs qu'effleurer, et aussi la question de l'aide que peuvent nous apporter les infirmières assistantes d'anesthésie. Et, une fois de plus, je déclare que le chirurgien est parfaitement libre d'organiser son équipe comme il lui convient, et de faire appel, s'il le juge utile, à la fois au transfuseur et à l'anesthésiste ; mais il est nécessaire d'envisager le cas où il ne lui est pas possible de réunir ces deux assistants et où l'anesthésiologiste doit assurer la narcose et la réanimation, par exemple, dans un cas d'extrême urgence, ou lorsque la réanimation n'avait pas été jugée utile et qu'elle doit être mise en route sans délai.

D'ailleurs, dans certaines villes de province, la question ne se pose pas pour l'anesthésiologiste qui est souvent tout seul.

La perfusion de sang frais, si elle a été prévue suffisamment de temps à l'avance, peut parfaitement être faite par l'anesthésiologiste, aussi facilement que la mise en route d'un sérum quelconque ; il n'y a évidemment aucune raison pour que l'acte de perfusion sanguine per-opératoire ne vienne pas s'ajouter, au moins par moitié, à l'acte d'anesthésie dans le calcul des honoraires.

En ce qui concerne la transfusion de bras à bras, il semble bien difficile de demander à l'anesthésiologiste de la pratiquer seul, en même temps qu'il donne une anesthésie générale, ce qui est parfaitement impossible avec les anesthésies nécessitant la respiration contrôlée.

Il est alors nécessaire de demander l'aide d'un transfuseur, ou d'avoir recours à l'infirmière aide d'anesthésie-réanimation. Le transfuseur se fera honorer normalement, à tarif plein, en dehors de l'acte opératoire et de l'anesthésie. Mais, si nous faisons appel à une infirmière aide d'anesthésie-réanimation, qui surveillera la narcose que nous aurons mise en train pendant que nous ferons la transfusion, ses honoraires ne sont pas prévus, l'anesthésiologiste étant alors considéré et honoré comme transfuseur, et les honoraires de l'infirmière étant compris dans le K chirurgical.

Il y a là matière à discussion, et je demande que soit étudiée la possibilité d'honoraires pour l'équipe d'anesthésiologie, c'est-à-dire pour l'anesthésiologiste et pour son aide dans les cas d'anesthésie et de transfusion per-opératoire. On pourrait envisager la totalité de l'un des actes et la moitié de l'autre dans le calcul de ces honoraires communs.

+++

J'en arrive maintenant aux visites et aux soins post-opératoires. Là rien n'est prévu pour nous, puisque le chirurgien est seul honoré pendant un certain nombre de jours après l'opération qu'il a pratiquée, en rapport avec l'importance de l'opération, sauf toutefois pour la transfusion sanguine, qui est honorée comme étant en dehors de l'intervention, ce qui est tout à fait normal.

Pour les soins post-opératoires, le chirurgien peut être aidé par le médecin traitant et, s'il n'y en a pas, il peut évidemment demander l'assistance de son anesthésiologiste, mais à ce moment les honoraires ne sont pas prévus, ce qui est moins normal. Cependant, les solutions apportées à ce problème seraient différentes selon les régions ; nous pourrions revoir et étudier ensemble ces cas particuliers dans un instant et essayer d'en tirer des conclusions d'ordre général.

S'il paraît très utile, indispensable même dans certains cas, de revoir le malade que l'on a endormi au moins une fois dans les jours qui suivent l'intervention, car c'est en constatant comment le patient l'a supportée que l'on se rend le mieux compte de la qualité de la narcose qu'on lui a donnée, il peut paraître exagéré de demander des honoraires pour cette visite de contrôle ; par contre, les soins particuliers nécessités par l'état de l'opéré et demandés par le chirurgiens devraient être honorés en dehors de l'acte chirurgical. C'est pourquoi il a été un moment question de l'établissement d'une sorte de forfait pour l'ensemble des soins donnés à l'opéré, avant, pendant et après l'intervention, forfait valable pour une période variable avec l'importance de l'acte opératoire.

Je ne fais ici encore qu'énoncer un problème sans chercher à le résoudre avant d'avoir recueilli vos avis et fait état des renseignements que vous pourrez nous communiquer.

+++

Ma conclusion se résumera dans une courte formule : c'est l'anesthésiologiste qui doit remplir le rôle médical de l'acte opératoire. Par son examen pré-opératoire et ses indications concernant la prémédication et la variété de narcose à utiliser, par la surveillance continue du malade pendant l'intervention et son maintien en état de la supporter, par son contrôle et ses prescriptions thérapeutiques pour éviter ou traiter les éventuelles complications post-opératoires, l'anesthésiologiste peut et doit être considéré comme le médecin de l'équipe chirurgicale, et ses diverses activités honorées en conséquence.

Maintenant je vais vous demander de revoir ensemble ces trois questions et de nous faire connaître comment vous les avez résolues. Nous allons reprendre d'abord la visite pré-opératoire, puis les soins per-opératoires, enfin les soins post-opératoires. Nous allons recueillir vos opinions et nous nous efforcerons par la suite, au Comité de rédaction des rapports de ce Congrès, d'en tirer des conclusions valables pour tous et, bien entendu, les plus favorables pour nous, ce qui est le propre de toute action syndicale.

(Discussion de cette documentation : page suivante)

M. BOUREAU :

Avant d'ouvrir la discussion sur la communication de M. DOUTREBENTE, je voudrais vous résumer brièvement la question telle qu'elle se pose à nous. Elle comporte trois chapitres :

- la ou les visites pré-opératoires
- la réanimation per-opératoire, perfusions ou transfusions,
- enfin, les soins post-opératoires, actes de réanimation ou soins médicaux proprement dits.

En fait, le problème devrait se simplifier parce que toute la question des transfusions ou perfusions pré, per ou post-opératoires est théoriquement résolue. Je dis théoriquement, parce que nos honoraires anesthésiques étant généralement fixés par le chirurgien, ne comportent pas nécessairement un supplément pour l'adjonction d'un acte de réanimation per-opératoire à l'acte anesthésique proprement dit. Or, vous savez que la Sécurité Sociale prévoit ce supplément qui est égal à :

$\frac{K\ 20}{2}$ pour une transfusion per-opératoire ou une perfusion avec prélèvement extemporaire du sang par nous-mêmes ;

$\frac{K\ 10}{2}$ pour une perfusion per-opératoire de sang non prélevé par nous.

La question qui se pose dans ce cas précis est donc de savoir qu'elle doit être notre attitude vis-à-vis du chirurgien pour obtenir ce supplément auquel nous avons droit. Elle ne se pose plus si ces actes sont accomplis en dehors de l'acte opératoire, puisqu'ils constituent des interventions bien distinctes, justifiant des honoraires séparés dont nous sommes habituellement libres de fixer le montant.

Reste la question de la visite ou des visites pré-opératoires, qui ne sont généralement pas honorées, et celle des soins médicaux post-opératoires éventuels, surveillance médicale de l'opéré les 2 ou 3 premiers jours, ou traitement des complications éventuelles.

Pour éviter toute confusion, je voudrais également vous soumettre l'opinion et la façon de faire de certains confrères qui ont eu la chance de pouvoir résoudre avantageusement l'ensemble de ces problèmes. L'une d'entre elle, il s'agit d'une femme, ne reçoit aucune indication de la part du chirurgien pour qui elle travaille et fixe elle-même le montant de ses honoraires ; ceci lui permet de prendre des honoraires confortables, susceptibles de couvrir l'ensemble de ses interventions, avant, pendant et après l'opération. Une autre collègue, une femme encore, réclame systématiquement pour elle-même, la somme des honoraires fixés par le chirurgien pour ses deux aides, ce qui la place sensiblement dans les mêmes conditions que l'anesthésiste précédemment citée à l'égard de tous actes étrangers à l'anesthésie proprement dite. Un troisième collègue enfin, du sexe masculin cette fois, voit ses honoraires fixés par le chirurgien, mais ceux-ci sont suffisamment élevés pour couvrir, là encore, toute la gamme des actes para-anesthésiques.

Si nous nous trouvions tous dans l'une des conditions que je viens d'exposer, le problème posé par M. DOUTREBENTE serait d'emblée résolu. Malheureusement ce n'est pas le cas et les exemples cités doivent être considérés comme des exceptions ; ils ne modifient par conséquent pas le problème qui, pour la plupart d'entre nous, reste entier.

La discussion est maintenant ouverte. Qui demande la parole ?

M. BIMAR :

Parmi les actes dont vous parlez il en existe certains qui, bien qu'étant parfaitement définis, ne sont pas cotés à la nomenclature, par exemple, l'oxygénothérapie, l'aspiration bronchique sans broncoscopie, l'aspiration duodénale.

M. BOUREAU :

Voulez-vous que nous prenions la question par le commencement, c'est-à-dire la visite pré-opératoire ?

M. ALLUAUME :

Si nous sommes compétents exclusifs ou spécialistes, cette visite pourra comporter l'inscription d'un C^2.

M. BOUREAU :

Je voudrais souligner que le chirurgien note, isolément de l'acte opératoire, toutes les visites faites au malade avant l'intervention. A partir du moment où il l'a opéré, tous ses soins sont inclus dans le K chirurgical.

M. DELMAS :

Je voudrais envisager cette question non seulement comme anesthésiste, mais, si vous le voulez bien, ce sera également comme Administrateur de la Caisse Régionale de Sécurité Sociale de Montpellier.

Actuellement, les honoraires, tels qu'ils sont prévus par la Sécurité Sociale, couvrent l'acte anesthésique, auquel s'ajoutent, éventuellement, les actes de transfusion, perfusion, comme vous l'avez indiqué tout à l'heure. Etant donné que nos honoraires correspondent, pour partie, à une amputation de 10 % des honoraires du chirurgien, cela suppose que nous déchargeons le chirurgien d'une partie de l'acte global, c'est-à-dire des soins et des visites post-opératoires.

Il me paraît que dans l'état actuel de la question, sauf suppléments en K que nous pouvons toujours marquer (soins spéciaux pour complications post-opératoires), nous sommes difficilement fondés, je ne dis pas à demander, mais à marquer autre chose.

Pour ce qui est de la visite pré-opératoire, cela ne se discute pas, elle n'est pas comprise dans l'acte global, par conséquent nous devons systématiquement, matériellement et moralement exiger de voir, d'examiner notre malade avant, et, par conséquent marquer cette visite. Cela, il n'y a pas une Caisse qui puisse le discuter. Nous ne pouvons pas, décemment, accepter de prendre en charge quelqu'un que nous n'avons pas examiné à l'avance. Si nous examinons à l'avance, cela marche, ça ne se discute pas. Voilà l'état actuel de la question.

On a beaucoup discuté pour savoir s'il n'était pas souhaitable de voir nos honoraires entièrement distincts, entièrement libres des honoraires du chirurgien. Il est bien évident que le jour où nos honoraires seront entièrement distincts de ceux du chirurgien, nous ne prendrons plus en charge une partie de l'activité pour laquelle on l'amputait de 10 %, et qu'à ce moment-là, nous serons fondés à demander la totalité de ce que nous faisons, ce qui d'ailleurs pourrait être compris dans un acte global pour l'anesthésiste, ce qui reviendrait grossomodo, à ce que nous avons aujourd'hui. Car on dira : "Si on vous donne un acte global distinct de l'honoraire du chirurgien, il doit également comprendre les soins post-opératoires" et nous serions peut-être menacés de voir dans l'acte global la visite pré-opératoire.

M. BOUREAU :

Elle n'est pas comprise pour le chirurgien, il n'y a pas de raison qu'elle le soit pour l'anesthésiste.

M. DELMAS :

Elle pourrait l'être. Quand nous défendons nos intérêts, il faut tenir compte de deux choses : du K maximum que nous voulons atteindre, et du minimum que l'on cherche à nous imposer. Eh bien, je crois que la visite pré-opératoire est un minimum que l'on ne peut pas nous enlever ; et cette visite, nous devons la marquer. Les Caisses ne peuvent pas le discuter.

M. BOUREAU :

Oui, mais il faudrait envisager la question que je posais tout à l'heure : comment le faire admettre aux chirurgiens ? Beaucoup d'entre eux nous disent : "Mais certainement, venez voir nos malades la veille, c'est parfait", mais ils ne nous donnent pas un centime de plus pour cela.

M. DELMAS :

Quand nous voyons un malade et que nous lui donnons des soins, si c'est un Assuré social, il y a une feuille qui doit passer entre nos mains, sur laquelle nous marquons ce que nous faisons, et nous donnons un acquit. Que le chirurgien nous le demande ou pas, qu'il le veuille ou qu'il ne le veuille pas, nous avons le devoir de faire tout ce qui est de notre ressort et de marquer tout ce que nous faisons aussi bien que d'être honorés pour ce que nous avons fait.

M. BALANS :

A ce point de vue, je suis un collègue de mon confrère DELMAS, je suis administrateur de la Caisse Centrale de la Gironde et cette façon de voir a été acceptée par elle.

Maintenant, pour les visites post-opératoires, n'entraînant pas un acte chirurgical, ou un acte de spécialiste, comme perfusions ou transfusions, il sera difficilement admis qu'on ajoute au K anesthésique une visite en V, l'après-midi ou le lendemain. Le cas a été soulevé pour une autre question qui ne nous regarde pas, des soins dus par le chirurgien pendant les vingt jours qui suivent, chaque fois qu'il y a une intervention égale ou supérieure à K 50. Il y a des cas où le chirurgien lâche une appendicite le 5ème ou le 6ème jour ; si le médecin traitant fait ses visites postérieurement à ce moment là, les visites ne sont pas remboursées.

M. BOUREAU :

Même les complications semi-tardives, la congestion pulmonaire, par exemple.

M. BALANS :

Même la congestion pulmonaire ; et on est en train de proposer aux chirurgiens d'admettre l'abattement d'un dixième de leur K chirurgical, lorsqu'ils abandonnent la responsabilité de leurs malades avant le délai qui leur est imposé par la nomenclature. Je n'ai pas besoin de vous dire que cela soulève des difficultés.

M. BATAILLE :

Je suis de l'avis de notre confrère : le cas se produit déjà chez nous : tous les soins post-chirurgicaux sont imputés au chirurgien. Si celui-ci abandonne son malade et le renvoie avant le terme prévu, il doit diminuer ses honoraires pour la part de soins qu'il abandonne au médecin traitant.

M. BALANS :

La doctrine de la Sécurité Sociale est formelle ; par contre, avant l'intervention, aucune difficulté.

M. BATAILLE :

Par conséquent, je ne crois pas que nous puissions envisager la question des honoraires post-opératoires.

M. LE MAGOUROU :

Les soins post-opératoires, à mon avis, pourraient être divisés en deux groupes : D'abord la surveillance immédiate qui suit l'intervention qui est quelquefois très longue pour les opérations graves, puisque je me suis vu, ainsi que le Docteur VALLET, rester non seulement tout l'après-midi, mais toute une nuit auprès d'une malade ; ce sont là des cas peu fréquents peut-être, mais qui devraient donner lieu à un supplément de rémunération. Pour les soins plus tardifs, la question est plus discutable.

M. DELMAS :

Nous ne pouvons actuellement rien demander s'il s'agit d'actes en K ; parce que l'acte global comprend nos actes en CV ou PC. Si nous voyons à la nomenclature l'aspiration duodénale cotée en PC elle sera dans l'acte global ; si c'est en K elle pourra justifier des honoraires.

Si nous étions appelés à voir nos honoraires entièrement distincts de ceux du chirurgien, il faudrait bien préciser qu'il s'agit d'honoraires du seul acte d'anesthésie, et à ce moment là nous aurions carte libre pour demander et noter des honoraires séparés pour les actes supplémentaires ; il ne faudrait pas les joindre à l'acte global.

M. BALANS :

Ce n'est pas demain que vous obtiendrez une modification aussi importante de la nomenclature !

M. DELMAS :

Il y a des chirurgiens qui ont intérêt à récupérer leurs 10 % et qui seront les premiers à demander que nos honoraires soient payés à part. Nous ne sommes pas seuls dans cette conjoncture.

M. BOUREAU :

La conclusion de cette discussion peut se résumer en trois points. En ce qui concerne la visite pré-opératoire, nous devons nous efforcer de convaincre les chirurgiens de la nécessité de cette prise de contact avant l'intervention et exiger des honoraires spéciaux puisqu'au regard de la Sécurité Sociale nous sommes dans notre droit le plus strict en les réclamant. En second lieu, nous faire honorer séparément pour les actes de réanimation, transfusions ou perfusions, qu'ils soient accomplis pendant l'anesthésie ou en dehors d'elle, en appliquant bien entendu la division par deux lorsque ces actes sont accomplis pendant l'anesthésie. Enfin, ne rien réclamer pour les soins post-opératoires, sous réserve des restrictions formulées par M. DELMAS concernant les actes en K.

M. MAROGER :

Avant de nous séparer, ne pourrions-nous pas désigner deux ou trois représentants du Syndicat pour prendre contact demain avec le Syndicat des Chirurgiens ?

M. BAHUET :

Nous avons parmi nous quelqu'un qui paraît tout désigné, c'est M. RIEUNAU qui, quoique chirurgien, a des attaches étroites avec l'anesthésie et dont le point de vue aura certainement plus de valeur que le nôtre auprès des chirurgiens.

M. BOUREAU :

Nous sentirions, en effet, nos intérêts parfaitement défendus par M. RIEUNAU. Je vous remercie de bien vouloir accepter cette charge.

Eh bien, Messieurs, je vais lever la séance en vous rappelant que ce soir vous êtes tous invités à la projection de films qui doit avoir lieu à 20 h. 45 à la Maison de l'Amérique Latine. Je vous demande d'être exacts pour nous permettre d'avoir un entr'acte de quelque durée, au cours duquel nous pourrons reprendre entre nous les différentes questions évoquées aujourd'hui.

La séance est levée.

ALLOCUTION PRONONCEE PAR M. BOUREAU à LA MAISON DE L'AMERIQUE LATINE

le MARDI 3 OCTOBRE

Mesdames, Messieurs,

Vous allez assister ce soir à la projection de quatre films concernant l'anesthésie et la réanimation. Pour cette première soirée de notre Congrès nous avons adopté la même formule que l'an dernier car elle avait paru plaire à tous, et nous n'avons pas modifié le lieu de la réunion dont le cadre élégant avait recueilli l'unanimité des suffrages.

Je m'excuse auprès de ceux qui auraient déjà vu certains de ces films qui font partie de la collection du British Council, et ont déjà été projetés au Musée de l'Homme sous l'heureuse initiative de M. MAROGER, et cette année à la Faculté de Médecine au moment du passage à Paris du Dr. JOHNSON. Nous comptions sur deux films inédits réalisés à Oxford par le Pr. MAC INTOSH, malheureusement nous n'avons pu les obtenir bien que Melle DELAHAYE soit allée personnellement à Oxford plaider notre cause.

Une autre répétition, dont nous ne saurions nous plaindre, est l'aide que nous apportent avec tant de bienveillance les Laboratoires qui s'intéressent à notre Spécialité, nous permettant ainsi de donner plus d'éclat aux différentes manifestations de notre Congrès. Les Laboratoires ROBERT et CARRIERE, BRUNEAU et LABAZ ont bien voulu renouveler et même élargir le geste qu'ils avaient accompli l'an dernier. D'autres se sont joints à eux cette année ; j'ai nommé les Laboratoires SPECIA, CHIMICO-FRANCE, DUBERNARD, l'APPAREIL MEDICAL DE PRECISION et la COMPAGNIE FRANCAISE DE PRODUITS OXYGENES. A tous, qui sont ici représentés ce soir, j'adresse les remerciements de notre Syndicat tout entier ; mais je voudrais aussi, Messieurs, vous préciser la situation actuelle de notre Groupement : nous sommes en pleine forme, en plein développement, et vous n'en douterez plus quand je vous aurai dit que notre nombre a doublé depuis l'an dernier et qu'il aura triplé avant la fin de l'année, si j'en juge par les demandes de candidature qui nous ont été adressées ces temps-ci.

Vos efforts dans le domaine de l'anesthésiologie sont donc absolument indispensables, car nos besoins en appareils et en produits nouveaux ne vont cesser de s'accroître. Dans ce but il est également nécessaire que se resserre entre nous cet esprit de collaboration dont je parlais déjà l'an dernier et dont notre réunion de ce soir est je crois la plus belle preuve.

Mettons donc nos efforts en commun ; notre meilleure récompense sera de constater qu'en définitive nous aurons accru la sécurité et le confort des malades qui nous sont confiés.

ALLOCUTIONS PRONONCEES à L'ISSUE DU BANQUET DE CLOTURE

le Jeudi 5 OCTOBRE

M. LAVOINE

Mesdames, Messieurs, Mes Chers Collègues,

Je m'excuse d'interrompre de si doux entretiens, mais la tradition veut qu'à la fin d'un banquet, qu'il soit officiel ou amical, un ancien se lève et prononce quelques bonnes paroles que les autres convives se croient obligés d'écouter. Rassurez-vous, je serai bref.

Je veux d'abord remercier mes collègues du grand honneur qu'il m'ont fait en m'offrant la présidence de ce banquet. Je ne suis pas assez prétentieux pour croire que je le dois à mes mérites. Votre indulgence, votre gentillesse m'ont fourni une nouvelle marque de sympathie qui m'a profondément touché.

En votre nom à tous, en mon nom personnel, je remercie les dames qui nous ont fait l'honneur de venir s'asseoir à notre table et égayer cette réunion par leur charme, leur sourire et je regrette de ne pouvoir trouver les mots qui pourraient leur exprimer notre grande joie de les avoir parmi nous.

Et maintenant que puis-je vous dire ? A mon âge on ne parle que de souvenirs - L'avenir est à vous.

J'aimerais vous rappeler les débuts de l'anesthésie, les débuts des anesthésistes.

Ma première anesthésie s'est passée de la façon suivante : Etant roupieu , je me suis fait interpeller par une infirmière qui me dit : Il faut venir endormir un malade que l'interne va opérer - Mais lui répliquai-je : je n'ai jamais donné d'anesthésie - Eh bien ! dit-elle, c'est le moment d'apprendre. Elle me mit entre les mains un carré de toile et un petit flacon compte-gouttes contenant du chloroforme. Et j'ai commencé à verser goutte à goutte cet anesthésique puissant sur une compresse qui recouvrait la figure du malade. Heureusement que l'externe qui assistait le chirurgien était là pour me guider et m'encourager.

Plus tard je fis connaissance avec l'éther et l'appareil d'Ombredanne. Comme je demandais quelques conseils dont j'avais grand besoin, le chirurgien me dit : verse 150 Grs d'éther dans l'appareil, mets l'index à 0 et applique le masque sur la figure du malade et tout doucement, progressivement tu monteras l'index jusqu'à ce que ton malade dorme, à partir de ce moment tu redescendras tout doucement jusqu'à 2 ou 3.

Et voilà les leçons que j'ai reçues. Alors si je vous dis que mes anesthésies n'ont pas toujours été brillantes, ne souriez pas, soyez indulgents. Et pendant des années et des années j'ai fait ce que j'ai pu sans connaître ni les signes ni les stades de l'anesthésie.

Puis est venu le protoxyde d'azote qu'on administrait alors sans manodétendeurs, sans débimètres, on ouvrait de temps en temps la bouteille de protoxyde ou celle d'oxygène selon les besoins. Les gaz s'échappaient dans un ballon qui, par un long tube annelé était en communication avec le masque qu'on adaptait sur la figure du patient. Je vous assure que c'était du sport et que les résultats n'étaient pas toujours brillants.

Pensez un peu aux masques dont nous disposions et vous apprécierez mieux la chance que vous avez aujourd'hui de pouvoir contrôler aussi bien la respiration que la profondeur de l'anesthésie.

Parlons un peu des anesthésistes !

Il y a 25 ans nous étions quelques rares médecins à nous intéresser à l'anesthésie. J'en avais convoqué quelques-uns pour leur proposer de nous réunir de temps en temps pour parler anesthésie, pour discuter un peu nos intérêts. Assez intéressés par ma proposition, ils devaient me téléphoner pour me faire part de leurs idées, de leurs desiderata, mais ils ont oublié de le faire.

Pendant la guerre d'autres collègues, que vous connaissez bien, se sont réunis. Etant fortement grippé, je n'ai pu assister à cette réunion. Ils en ont profité pour me nommer président de ce nouveau groupement. Pendant 5 ans j'ai fait l'impossible pour les réunir, pour avoir au moins 4 à 5 membres à chacune de nos réunions. J'ai tenu pendant 5 ans et j'ai passé la main à ceux qui ont créé le Syndicat des Anesthésistes et qui l'ont fait prospérer. Aujourd'hui vous êtes en nombre, grâce à l'activité, aux efforts de certains d'entre vous. Vous les connaissez. Vous avez obtenu de bons résultats. Et ce n'est pas fini.

Avant de terminer, je veux adresser mes félicitations à ceux qui ont mené le bon combat, en province comme à Paris. Ils ont bien mérité de l'anesthésie et ont droit à toute notre reconnaissance ; nous savons ce que nous leur devons.

En bon bourguignon que je suis, je lève mon verre à votre santé à tous, à la santé des vôtres, à vos succès.

M. BOUREAU

Mon cher LAVOINE,

J'avais l'intention d'être très combattif ce soir à votre endroit, mais vous avez parlé le premier et votre gentillesse est si désarmante que j'aurais mauvaise grâce à exécuter mon projet. En vérité, mes intentions n'étaient pas si criminelles, et je crois bien, qu'au fond, je vais vous les révéler. Je voulais vous rappeler une phrase de mon laïus de l'an dernier à la Tour Eiffel évoquant la rencontre que j'avais faite, il y a 4 ans, au lendemain du jour où je venais d'être appelé à la présidence de notre Syndicat, d'un confrère à demi-optimiste qui m'avait prédit l'extinction de notre Groupement à brève échéance. Ce confrère que je vénère comme notre doyen et par surcroit comme un ami très cher, pour la première fois de sa vie s'est trompé. Moi aussi d'ailleurs je me suis trompé, car il y a un an je vous disais encore : nous comptons aujourd'hui 45 membres, dans deux ans nous serons plus de 100. Eh bien ! je me suis trompé, parce que ce chiffre nous l'avons atteint en moins d'une année.

Et maintenant c'est par centaines que nous allons compter. Songez qu'il existe encore dans notre pays des centres comme Rennes, cette capitale d'une de nos plus belles provinces françaises, où il n'existe pas, semble-t-il, le moindre petit anesthésiste, tant il est vrai que l'Inspecteur de la Santé de cette région a réclamé l'envoi d'un jeune diplômé capable d'organiser l'anesthésiologie dans tous les Hôpitaux de la ville. Il est inutile d'insister davantage sur le nombre de postes, qui dans la métropole et dans l'Union Française, restent encore à pourvoir. La Grande Bretagne compte, je crois, de 3 à 400 anesthésiologistes ; ce chiffre nous devrons l'atteindre, peut-être même le dépasser.

On dit bien volontiers chez nous que, dans toute entreprise, c'est le premier pas qui coûte. Or, je voudrais rappeler aux plus jeunes que ce premier pas nous l'avons franchi sous le règne de l'homme qui a bien voulu accepter de s'échapper d'une retraite méritée pour venir présider, ce soir, le banquet de clôture de notre IIème Congrès. Si beaucoup de questions nous semblent aujourd'hui plus faciles c'est parce qu'elles ont été débrouillées à l'origine par tous ceux qui, avant la guerre de 39 et bien avant, ont su par la qualité de leur travail démontrer aux chirurgiens français la nécessité d'une organisation et d'une spécialisation de l'anesthésie. Cela nous ne devrons jamais l'oublier.

A tous ces anciens, je vous invite à lever vos verres et plus spécialement à la santé de celui qui a conduit nos premiers pas. Il ne m'en voudra certainement pas de vous rappeler, en terminant, son slogan favori qui clôturait toujours les discussions les plus ardues :

"tu comprends, mon vieux, moi, j'suis de la classe."

M. LE MAGOUROU

Mon cher Président,

Mesdames, mes chers Confrères,

Cette charmante soirée, que d'aucuns pourraient considérer comme la juste récompense des journées de travail passées dans les amphithéâtres universitaires, n'est en réalité qu'une séance complémentaire d'étude pratique, dans le cadre du Congrès sur la valeur reconstituante de la bonne cuisine française et l'effet tonique des meilleurs crus, travail logique et instructif pour des gens dont le métier est de rechercher tous les moyens propres à combattre la dénutrition et l'hypotonie.

Au cours de cette séance de diététique, je ne vois pas la nécessité d'ouvrir un débat contradictoire, car je pense que nous sommes tous d'avis qu'un bon dîner "à la française" est encore le moyen le plus agréable et le plus efficace pour hydrater et protéiner convenablement toutes les personnes déficientes. Ainsi, c'est une grande satisfaction de voir le deuxième Congrès des Anesthésiologistes Français se clore, ce soir, sur un accord parfait, au diapason d'une ambiance très sympathique.

Mais, nous ne saurions oublier que ces journées médicales nous ont valu, en outre, l'avantage d'assister à des séances d'études où des questions corporatives de haute importance furent abordées et discutées. Dès la première journée, au cours d'un débat dans lequel provinciaux et parisiens apportèrent leur respective contribution, des idées nouvelles sur l'orientation et l'organisation de l'anesthésiologie furent échangées, que nous espérons voir germer comme le bon grain, sous l'énergique impulsion de notre Syndicat.

Notre grand désir serait en effet de voir l'anesthésiologie fournir à nos jeunes confrères des situations honorables et solides, et devenir une spécialité ne faisant plus figure de parente pauvre au sein de la grande famille médicale. Pour parvenir à ce but, il reste encore beaucoup de chemin à parcourir, beaucoup de préjugés à combattre, beaucoup de routine à briser, aussi beaucoup d'inertie à secouer. Si l'individualisme médical peut subsister encore dans le domaine scientifique, il est indubitable que les efforts coordonnés d'un grand nombre d'individus aboutissent à des résultats plus substantiels dans le domaine corporatif. La réussite ne pourra donc s'obtenir que si les anesthésiologistes comprennent l'importance de se grouper pour constituer une force et ne se laissent pas mettre en "résolution musculaire" par les nombreux narcotiques distribués en "circuit-fermé", sous forme de belles paroles ou de promesses alléchantes.

Un grand espoir nous est permis, lorsque nous voyons notre Groupement prendre chaque année de plus en plus d'importance en nombre et en vitalité.

Au nom de tous les anesthésiologistes de Province, j'assure les confrères parisiens de notre fidélité à la cause commune et j'adresse de chaleureux remerciements à tous ceux qui ont contribué à l'organisation de ces instructives et réconfor-

tantes journées médicales qui, chaque année transfusent un sang nouveau à notre Groupement, avec une mention toute spéciale pour le Dr. BOUREAU qui assume avec une grande autorité et un dévouement inlassable, la lourde charge de la Présidence de notre Syndicat, et qui, cette année, comme l'an passé, a été le principal animateur d'un Congrès qui se termine ce soir, grâce à lui, dans ce cadre élégant, en une apothéose où la cordialité se joint à la gastronomie pour opérer sur nous une vigoureuse et salutaire réanimation.