DOCTEUR RAYMOND DELEUZE

ANESTHESISTE DES HOPITAUX

CENTRE DE TRAUMATOLOGIE (PAV. 1)

LYON, le 13 Mai 1958

- L'ANESTHESIOLOGIE AU SEIN DE LA PROFESSION MEDICALE -

- Projets de Statut - Rapport de R. Deleuze

- L'ANESTRESIOLOGIE AU SEIN DE LA PROFESSION MEDICALE -

- Projets de Statut - Rapport de R. Deleuze. (I)

AVANT - PROPOS :

Avant la dernière guerre, la France pouvait, grâce à quelques pionniers parisiens, faire figure de précurseur en matière d'Anesthésie, du moins en Europe continentale. En fait, dans la plus grande partie du territoire, l'anesthésie chirurgicale en était restée à des méthodes sans doute efficaces et simples mais cependant considérablement dépassées par celles qu'utilisaient nos voisins angle-saxons. Séduits par la perfection à laquelle ces derniers étaient parvenus, quelques chirurgiens français, conscients des améliorations qui pouvaient être apportées à la technique chirurgicale par l'introduction de telles méthodes, engagèrent alors dans cette nouvelle spécialisation ceux de notre génération qui furent attirés par sa nouveauté et surtout par la perspective de trouver un débouché devant l'encombrement toujours plus grand de la profession médicale.

Depuis, les évènements ont considérablement évolués et près de huit cents médecins en France consacrent la presque totalité, sinon la totalité de leur activité à cette spécialité.

- (I) La rédaction de ce rapport nous a été grandement facilité par ce que nous avons pu extraire de publications antérieures dues à nos confrères J. Verhaegue, P. Jacquenoud et M. Maroger.
- (2) Nous nous excusons d'avoir dû souligner ce que l'imprimerie nous permettrait d'écrire en caractères gras.

Un récent referendum nous a permis de faire le point de la situation actuelle de ces médecins. Depuis, nous sommes centains qu'il est de notre devoir de faire connaître les résultats de cette enquête afin qu'ils soient analysés et qu'en soient extraits les enseignements nécessaires. En effet, les réponses fournies à notre enquête, autant que les commentaires qui les accompagnaient nous permettent d'affirmer sans aucune éxagération que l'avenir de l'Anesthésiologie en France est compromis si une refonte totale de son organisation actuelle n'est pas entreprise rapidement

Certains d'entre nous ont déja abandonné cette spécialité (5%)... beaucoup songent à le faire.Le recrutement
est de plus en plus déficient, presque tari dans certaines facultés (à Lyon, 4 stagiaires en 1956, en 1957)
alors que, au contraire, le nombre de postes à pourvoir en
province va sans cesse croissant (nous en avons relevé
193). Les raisons de cet état de fait sont : d'une part
la situation financière de plus de 40% d'entre nous qui
reste, contrairement à ce qui a pu être affirmé quelques
fois, très inférieure à celle d'un médecin praticien, d'
autre part, le statut actuel de cette spécialité qui/en
fait une des rares professions n'offrant à ses membres
aucune possibilité de progression, du début à la fin de
son exercice.

Comment peut-on expliquer cette évolution défavorable alors que, au contraire, lors de sa création en France, tout semblait devoir promettre à cette spécialisation un brillant avenir. Nous devons, pour l'expliquer, refaire brièvement l'historique du problème depuis les débuts.

Dès le début du siècle, un certain nombre de chirurgiens reconnaissants les dangers de l'anesthésie, avaient encouragé des confrères à se spécialiser dans cette branch de la médecine. Ces premiers anesthésistes "séduits par la beauté de ce rôle de médecin de l'acte chirurgical ", au nombre de 8 seulement, en 1939, s'étaient avec beaucour de peine formés eux-mêmes et exercaient essentiellement en clientèle privée.

Lorsque les chirurgiens eurent compris qu'ils avaient désormais besoin de tels collaborateurs, ils ont, à juste titre demandé que certains malades hospitaliers en bénéficient. Il fut donc nécessaire de former des anesthésis tes et malheureusement, d'en former "beaucoup" et vite". Pour la plupart, cette formation fut autodidacte (les

plus favorisés purent effectuer un stage de 3 à 4 mois au plus en pays étranger). Cette insuffisance de formation fut grave dans ses conséquences: les résultats obtenus au début ne furent pas aussi bons que ce que 15 on était en droit d'espérer. Beaucoup de chirurgiens devinrent alors hésitants et l'anesthésie, obligée par ailleurs de vainere une routine datant de plusieurs dizaines d'années apparut comme trop onéreuse, trop comple xe, sinon dangereuse. Son évolution en fut freinée mais surtout, effrayés par l'accueil réservé qui était fait à notre spécialité, beaucoup de jeunes médecins brillant et expérimmentés n'osèrent pas l'envisager comme une carrière d'avenir. La plupart de ceux qui s'y consacrèrent ne prirent jamais conscience de ses difficultés, des connaissances qu'elle suppose et du travail qu'elle exige. Ils n'y virent qu'un moyen rapide de régler des problèmes de subsistance et d'obtenir à peu de frais et de travail une spécialisation considérée à tort d'ailleurs comme honorifique et lucrative. On aboutit ainsi à la création d'un corps d("anesthésistes presse-bouton et non pas d'Anesthésiologistes.

On oubliait déja dès le départ ce que "doit être un véritable anesthésiologue, c'est à dire d'abord un très bon médecin ayant une expérience clinique certaine, une connaissance sérieuse de la physiologie et de la pharmacologie mais ayant en même temps une formation chirurgicale et une spécialisation effective en Anes-

thesiologie.

Ayant créé ces postes d'assistants et nommé leurs titulaires, les chirurgiens avaient doté leurs services du perfectionnement souhaitable. Il était logique qu'ils réclament alors pour tous leurs opérés le bénéfice de ce perfectionnement. Ils oubliaient le caractère artisanal de cette spécialisation; ils raime oubliaient qu'ils avaient attiré vers leurs services des anesthésistes qui vivaient de la pratique de la clientèle privée. Ces spécialistes ne purent consacrer qu'une part de leur temps au service hospitalier et furent dans l'obligation, très souvent, de partager leur activité entre plusieurs chirurgiens pour des raisons matérielles (77% dans notre referendum). Ils oubliaient encore que la situation qui leur était faite aurait dûêtre telle qu'elle puisse attirer des médecins présentant toutes les qualités que l'on est en droit d'exiger d'un véritable anesthésiologiste. Enfin, ils ont surtout oublié que la technique et le matériel ne sont rien sans le technicien et

que "anesthésiologie" ne doit pas se confondre avec "chrouit fermé".

La loi de Sécurité Sociale sur le remboursement d'actes d'Anesthésiolegia qui créé une espèce de pénalisation du chirurgie lorsque celui-ci s'attache les services d'un médecin-anesthésiologiste, comme l'insuffisance de l'enseignement donné aux futurs spécialistes dans le domaine de la réanimation contribuèrent à aggraver la situation.

Ces raisons expliquent pourquoi les éléments de valeur évitent de s'orienter vers cette branche médicale, pourquoi le recrutement faiblit si rapidement que, devant l'impossibilité de trou ver un médecin, trop de chirurgiens se sont alors donné l'illusion du perfectionnement technique et de la sécurité en achetant l'appareil et en le faisant manoeuvrer par des non-médecins.

N'est-il pas étonnant qu'à une époque où beaucoup s'inquiètent de l'importance par la médecine bureaucratique et industrialisée (médecine des usines, du travail, des écoles et de la sécurité sociale); il soit fait tant d'effort pour abandonner à des para-médicaux, dont nous manquons, une branche aussi idéalement médicale que l'Anesthés ologie ?....

Dans la chirurgie moderne, l'Anesthésiologiste, c'est à dire le médecin qui, après examen du malade, le prépare à l'interven tion chirurgicale, choisit la technique anesthésique la plus confor me à l'état du malade d'abord et à la technique chirurgicale ensui te, dirige cette anesthésie pendant laquelle il veille à maintenir et à corriger l'équilibre biologique du sujet, continue cette surveillance et cette correction dans la période post-opératoire en collaboration totale avec le chirurgien, chef d'équipe, acun rôle indi spensable.

Aujourd'hui, l'Anesthésiologie se trouve prise dansuun
cercle vicieux: d'une part, on ne lui fait pas la place qui devrait
lui revenir parce que tous ses pratiquants ne font pas toujours
preuve des qualités nécessaires pour s'imposer de façon indiscutable.
Mais, d'autre part, il en sera ainsi tant que l'on n'aura pas fait à
l'Anesthésiologie une place telle qu'elle puisse attirer les sujets
de valeur. Il eut été de beaucoup préférable pour l'avenir et le bon
renom de cette spécialité que son essort soit moins rapide.

La création d'un enseignement distinct de l'Anesthésiologie dans les facultés offre actuellement une possibilité de rompre ce cercle vicieux en reprenant le problème à sa base, à savoir: la formation des anesthésiologistes en France. Encore faudra-t-il ensuite amener à cet enseignement des éléments valables en leur faisant entrevoir non seulement l'inhérêt médical de cette spécialité mais encore la possibilité de trouver en elle une situation honorable et respectée.

Nous savons toutes les difficultés qu'il y aura à réaliser une telle réforme et aussi le temps qu'il faudra pour le faire. Il est certain que des mesures transitoires probablement d'assez longue durée devront être prises; mais si l'on veut assurer l'avenir, si l'on veut dès à présent interesser un nombre suffisant de jeunes étudiants, les textes doivent être immédiatement rédigés et divulgués même si leur application doit en être différée.

Nous avons dividé notre rapport en trois parties 1

- la première est l'étude de l'état actuel et des difficultés rencontrées aussi bien par les chirurgiens que par les anesthési logistes à la lumière des réponses qui nous ont été faites.
- la seconde est la définition des limites de cette spécialité et la synthèse des buts à atteindre.

- la troisième enfin résume les solutions que nous proposons pour atteindre ces buts dans les tois domaines de l'enseignement de la pratique hospitalière et de la pratique de ville.

I - ETAT ACTUEL DE L'ANESTHESIOLOGIE EN FRANCE :

Considérons schématiquement quelles sont les difficultés actuelles rencontrées autant par les chirurgiens que par les innancestésiologistes.

A) Difficultés rencontrées par les chirurgiens :

- I) Les anesthésistes sont en France en nombre insuffisant. Nous en avons expliqué les raisons. La solution adoptée pour y rémédier a été le plus souvent le partage d'un même anesthésiste entre plusieurs chirurgiens, solution imposée d'ailleurs encore par la nécessité de procurer à l'anesthésiste une situation suffisante.

 Les conséquences en sont importantes :
 - difficultés à faire concorder les horaires malgre la course perpétuelle de cet anesthésiste de bloc opératoire en bloc opératoire. (tableau I)

- impossibilité pour ce spécialiste de suivre ses malades correctement dans les suites opératoires quelques fois même de les examiner avant l'intervention.

- obligation qui lui est faite d'abandonner à des auxiliaires un certain nombre d'opérations considérées comme mineures, à tort d'ailleurs, le risque anesthésique restant le mme dans tous les cas.

- le notion même d'équipe chirurgicale est détruite puisque dans beaucoup de cas le chirurgien doit changer d'anesthésiste et ne peut se reposer entièrement sur lui pour la réanimation.

Ainsi cet état de fait imposé aux uns comme aux autres dans l'organisation actuelle aboutit à mettre l' anesthésiologiste en contradiction avec un certain nombre d'articles du code de Déontologie :

Article 29: "Le médecin doit toujours élaborer son diagnostic avec la plus grande attention, sans comp.

ter avec le temps que lui coûte ce travail et, s'il y a lieu, en s'aidant ou se faisant aider, dans toute la mesure du possible, des conseils les plus éclairés et des méthodes scientifiques les plus appropriées.

Article 4: "En aucun cas le médecin ne doit exercer sa profession dans des conditions qui puissent compromettre la qualité des soins et des actes médicaux."

Article 15: " Le médecin doit exercer sa profession dans des conditions lui permettant l'usage régulier d' une installation et des moyens techniques nécessaires à son art."

Dans certains cas exèrèmes, il relève presque de l'interdiction formulée à l'article IS: "L'exercice de la médecine foraine est interditm".

- 2) Les anesthésiologistes ne sont en France pour la plupart que des anesthésistes. Si nous pouvons soulignes ici encore l'impossibilité matérielle fréquente dans laquelle ils se trouvent de pouvoir effectuer la réanimation, nous ne nous dissimulons pas que la raison principale réside dans l'insuffisance de formation qu'ils ont reçu dans ce domaine (tableau I).
- 3) Les anesthésistes en France sont souvent éphémères et instables :
 - parce que très souvent du sexe féminin et contraints par leur vie familiale à abandonner leur profession;

- parce que déja de nombreux anesthésistes ont changé de spécialité devant les difficultés ren contrées.

Cette orientation vers l'anesthésiologie du médecin du sexe féminin s'explique parfaitement par l'insécurité matérielle qu'elle procure actuellement. L'homme, souvent chargé de famille redoute l'avenir incertain qu'elle lui effre. Il n'en est pas de même dans tous les autres pays étrangers où la très grande majorité des anesthésiologistes sont du sexe masculin car le standing soi matériel, soit moral de ce spécialiste y est beaucoup plu élevé (95% en Angleterre, 85% en Italie ou en Belgique).

- 4) Les anesthésiologistes français ne consacrent qu' une partie quelquefois très faible de lejr temps à leur service hospitalier (tableau 2). Là encore c'est la recherche d'une amélioration matérielle de leur condition d'existence qui conduit à ce regrettable état de fait.
- compliquée et artificielle "."Ils doivent faire quelque chose que la nurse ne peut pas faire ". Cette critique garde sans doute une certaine valeur; elle s'explique en partie non pas du fait d'une concurrence vis à vis de l'auxiliaire mais plutôt par le manque d'intérêt intellectuel de l'anesthésie pure lorsque l'anesthésiste ne peut faire la réanimation.

On peut toutefois faire remarquer que ces efforts journalier du médecin anesthésiologiste sent aussi la cond dition du progrès dans cette spécialité. Pas plus que dans les autres domaines de la médecine, on ne peut admettre que les méthodes actuelles sont parfaites et ne doivent plus évoluer. C'est effectivement le rôle d'un anesthésiologist compétent, et sa supériorité sur l'auxiliaire, de ne pas ste gner dans une technique de routine qui risque d'être dépassée en quelques années, même lorsque cette technique don ne momentanément entièrement satisfaction. (Ces dernières années, l'introduction par les anesthésistes du mélange Diparcol-Dolosal et du Viadryl dans la pharmacopée anesthésiologique en sont deux exemples des plus frappants).

- B) Difficultés rencontrées par les Anesthésielogistes Français,
 - I) L'insécurité matérielle de leur avenir parait être le souci principal de la très grande majorité (tableau 2) "Tandis que la pratique d'un amnipraticien repose sur la confiance de quelques centaines de patients, celle d'un spécialiste sur quelques dizaines de correspondants, celle de l'anesthésiologiste ne repose que sur deux ou trois correspondants chirurgiens, quelquefois un seul. Il en résulte un état de subordination morale et d'insécurité incompatible avec la dignité d'un médecina. Il est de fait que cette position d'assistant d'un chirurgien même en climatèle privée , non seulement fait subir à l'anesthésiclogiste le contrecoup des flu tuations de clientèle de ce chirurgien, mais surtout en traine pour lui la perte de sa situation en cas de séparation d'aved de correspondant, quelle qu'en soit la cause.
 - L'insuffisance actuelle de "rendement" de notre spécialité qui a contraint beaucoup de nos confrères à
 prendre une activité secondaire devenue dans certains
 cas principale sur le plan matériel. On peut se faire
 une idée de la situation de certains anesthésistes lor
 que l'on sait que des contrats hospitaliers à temps
 plein ont été acceptés sans aucune garantie ni de retraite ni de vacances ni de gardes pour une rémunération équivalente à celle d'une auxiliaire diplomée dans
 la même discipline.
 - 3) Une dépendance trop grande sur le plan du travail est ensuite le grief le plus souvent relevé dans nos réponses. Le manque d'autonomie technique dans l'indica

tion du mode d'anesthésie, dans le choix des drogues nécessaires pour la réaliser, plus que l'impossibilité de dirigger la réanimation semble être un des points importants soulignés.

- 4) Le manque d'intéret de la spécialité pour tous ceux à qui les conditions de travail interdisent de se consacrer au moins partiellement à la réanimation (tableau 2)
- 5) Le manque d'organisation enfin qui oblige l'anesthésist à fragmenter son temps entre plusieurs miraggement cliniques et hopitaux et l'insuffisance des locaux qui, dans la plupart des établissements hospitaliers français ne comb portent ni salles d'anesthésie, ni surtout salles de révei et réanimation.

En conclusion à ce paragraphe, on comprend que cet état de choses rende le jeune anesthésiate particulièrement vulnérable aux pressions économiques et politiques qui tendent à établir une médecine salariée. Il doit faire craindre aux défenseurs d'une médecine libérale de nous voir rapidement accepter les conditions d'exercice d'une médecine à plein-temps. Ce fait est matérialisé par les réponses à notre question sur ce problème : 174 anesthésiologistes sur 268 sont partisans de la fonction plein-temps.

Nombre total de réponses reques :		328
Nombre d'Anesthésiologistes exerçant uniquement l'Anesthésiologie		238
Nombre d'Anesthésiologistes ayant une activité secondaire		56
Sur 274 réponses à la question : "Avez-vous des difficultés à faire concorder les horaires d'intervention :	oui non	120 154
Sur 276 réponses à la question : "Combien avez-vous de correspondants chirurgicaux?"	I = 2 =	37 7I
	3 = 4 = + 4 =	47
Sur 274 réponses à la question : "Pouvez-vous prendre vos vacances sans difficultés?"	oui	I34 I40
(plusieurs même ont répondu qu'ils n'avaient pas depuis plusieurs années).	non pu en	The state of the s
Sur 282 réponses :		
Nombre d'anesthésistes pouvant effectuer person- nellement toutes les anesthésies de leurs corres- pondants :		140
Nombre d'anesthésistes devant en abandonner un z certain nombre à des auxiliaires ou à des externe	8	I42
Sur 294 réponses : Nombre d'anesthésistes appelés à pratiquer de la réanimation : Nombre d'anesthésistes n'exerçant qu'en anesthési	•	122 172

(Le variation de nos chiffres totaux s'explique par le fait que chaque ques tionnaire ne comportait pas bbligatoirement une réponse à chaque question)

- TABLEAU 2 -

-			•
Nombre	réponses : d'Anesthésistes consacrant moins de		
MOHOLE A	journées / semaine au service hospitalier	137	
A Gent	d'anesthésistes lui consacrant de 4 à 6	~~'	
Mombre	demi-journées	65	
	d'anesthésistes à mi-temps et à temps-plein	3	
Nombre	d. suestuesistes a mr. tembs et a tembs-breru		-
Sur 291	réponses :		
Nombre	d'anesthésistes n'ayant pas le temps	-	
de voi:	r leurs malades avant l'heure de l'interv.	79	
Nombre	d'anesthésistes n'ayant souvent pas la		
possibi	llité de les revoir après l'intervention	74	
Sur 264	réponses :		
Nombre	d'anesthésistes liés par contrat à une		
المنابع المساورة	correspondant ou à unedinique	16	
Sur 266	réponses :		1/2
Nombre	d'anesthésistes insatisfaits de leur situation	IOI	
	* franchement mécontents du	4-14-6	
	"rendement économique "	77	
**	regrettant le manque d'	سد د	1
	autonomie, au moins technique:	91	17.0
Sur 268	réponses :	Ass C. I	
Nombre	d'anesthésistes partisans d'un système plein-temps opposés à un tel système	174 94	, , , L = . 2
Sur 26I	réponses :		
Nombre	d'anesthésistes considérant la nomenclature	N. S. S.	
comme	le facteur responsable le plus important	147	
liek			لننت
Sur 218	réponses, on relève :	59	Oa.
	d'anesthésie de réanimation	49	es.
244 S	hospitalisation consacrés aux opérés récents	29	The state of the s
TIT AB (그는 이 어느님께서는 그는 그렇게 되어 그 그는 그렇게 되었다. 그 그러지도 그렇게 그렇게 되었다면서 이 그리다는 그 그래도 그렇게 그 아버지는 그리다.	20	· va
		5 4 7 4	Single .

II - DEPINITION ET LIMITES DE L'ANESTHESIOLOGIE

Depuis la création en France de cette nouvelle discipline par l'arrété du 17 Avril 1943, de nombreuses définitions de cette spécialité ont été données dans divers textes officiels.

Nous ne ra ppelarons que les deux principales de ces définitions:

1) celle du Conseil National de l'Ordre en 1949 : "l'Anesthésiologie comprend à la fois la pratique de l'anesthésie proprement dite, mais aussi la commaissance et la mise en application de tous les examens pré-opératoires effectués en vue de l'anesthésie comme de l'opération, de tous les gestes thérapeutiques qui s'imposent pendant l'intervention et dans les heures et les jours qui suivent, connaissances que nous groupens sous le nom de réanimation."

2) celle du rapport du Syndicat National des Medecins, Chirurgiens et Spécialistes des Hopitaux Publics en Mars 1956: "l'Anesthésie et la Réanimation sont une même et unique discipline, qui doit être mise en œuvre au moment où l'on pose l'indication opératoire, se poursuit pendant l'opération, et ne se termine que

lorsque le malade a recouvré un équilibre complet?

Ces définitions de l'Anesthésiologie dans le cadre chirurgical, entièrement approuvées d'ailleurs par l'ensemble des anesthésiologistes français, font justice des errements qui ont pu se faire jour ces dernières années: n'a-t-on pas proposé en effet la création d'un cadre de Réanimateurs indépendant du corps des anesthésistes ?

Nous pensons qu'il est inutile d'insister sur ce problème. Il est inpensable d'envisager le médecin-anesthésiologiste mus comme un spécialiste du seul acte d'anesthésie. Il

doit être avant tout un "physiologiste du normal et du pathologique ".

Il n'en est pas moins vrai que nous ne pouvons approuver la conception dui tendrait à le dégager de la manipulation personnelle de l'appareil d'anesthésie ". Si beaucoup d'anesthésistes ont été obligés d'abandonner à un externe ou à une auxiliaire la pratique de l'anesthésie elle-même, nous ne pouvons admettre qu'il en sera toujours de même. Avec le Professeur Ducuing, nous pensons que l'Anesthésiologiste doit accomplir comme le chirurgien tous les actes artisaneux qu'exige sa spécialité. Et avec le Professeur De Vernejoul, " nous devons tendre vers le but de rendre cette spécialité strictement médicale d'ici quelques années ". Une pratique déja longue nous a montré que la prévention des accidents n'est possible que par celui qui connaît le malade". "L'acte anesthésique est souvent difficile et l'accident lorsqu'il survient n'est réversible qu'au moment même où il se produit. "

Alors que <u>l'acte</u> de radiologie devient presque partout en France un acte confié seulement à des médecins, on ne comprendrait pas que l'anesthésie soit encore donnée par des auxiliaires dans l'avehir....

Un premier point semble donc entendu : l'anesthésiologiste en chirurgie doit être suivant l'appellation souvent utilisée anesthésiste, réanimateur et transfuseur.

Ne peut-on lui adjoindre "ce rôle"d'analgésiste", peu commu en France mais largement répandu dans les pays anglo-saxons; ce rôle de "médecin de la douleur" capable d'assurer tous les traitements sympathiques et analgésiques périphériques dans un but soit thérapeutique soit diagnostic. Sa formation comme son orientation lui ouvrent dans ce domaine un vaste champ d'application de techniques médicales aujourd'hui bien codifiées. Dans tous les cas, la réanimation est bien la partie fondamentale de sa spécialité.

Mais on peut se demander si les kimites functions du médecin-anesthésiologiste doivent se limiter au seul cadre chirurgical. Si cela a été le cas jusqu'à présent, nous pensons que c'est essentiellement la confusion qui s'est faite dans les esprits entre les termes anesthésie et anesthésiologie, le second mal défini, qui en est responsable. La prolifération de "réanimateurs purs", à Paris en particulier, ces dernières années, traduisent bien la nécessité d'une "Réanimation". Or les travaux récents, depuis ceux de Mr. Leriche sur la maladie opératoire, jusqu'à ceux de Rellye et de Sellye ont montré que la réanimation en Chirurgie ne diffère pas essentiellement en ses gestes fondamentaux de la réanimation dans l'ensemble de la médecine. Il est certain d'autre part que nos hopitaux

français sont pour la plypart mal équipés quant à l'application demmes méthodes de réanimation; qu'enfin, il n'existe encore qu'un nombre restreint et très insuffisant de médecins-réanimateurs spécialisés.

Ainsi donc, si lon admet qu'une formation suffisante leur a été donnée, les anesthésiologistes devraient pouvoir dans l'avanir rendre en médecine des services

tout aussi importants que ceux qu'ils peuvent rendre en chirurgie.

La réanimation respiratoire manuelle ou instrumentale pour une intervention de longue durée thoracique ou abdominale ne diffère pas de celle qui doit être misse en œuvre au cours d'un coma exycarboné ou au cours du traitement d'un noyé ou d'un électrocuté. L'équilibration hydrolytique ou asotéed'un opéré du tube digestif ne présente que peu de différence avec celle d'un brûlé ou d'un traumatisé cránien grave. Cette conception d'une extention de l'anesthésiologie vers la réanimation générale nous parait surtout importante à envisager dans le cas de l'exercice de cette spécialité dans les hopitaux de moyenne et de petite importance. En effet, dans les grandes villes universitaires, les chefs de service sont pour la plupart spécialisés et exceptionnellement compétents dans une branche déterminée de la médecine; il n'en est pas de même dans les hopitaux de deuxième catégorie; il est peu probable que dans ceux-ci le chirurgien ou le médecin chef de service puisse à la fois faire face aux différents cas médicaux cités en exemple précédemment faute de temps et d'expérience. L'Anesthésiologiste serait alors particulièrement utile parce que le seul à pouvoir consacrer toute son activité à ce type d'agression.

A l'appui de cette conception, nous pouvons encore ajouter qu'on ne voit pas comment pourrait être créées deux sortes de réanimateurs possédant des titres différents, des conditions d'exercice différentes aussi pour en définitive, pratiquer des actes identiques, ceci sans augmenter considérablement les grais soit de la collectivité.

soit du malade lui-même.

ITT - LES SOLUTIONS PROPOSEES :

Ayant défini les limites de l'Anesthésiologie ; en tant que spécialité médicale, nous pouvons aborder les solutions à donner au problème de son organisation Reprenant les termes du Rapport, proposé par les Chirurgiens, Médecins et Spécialistes Chefs de Servise des Hopitaux Publics " nous devons dire aussi que "nous n'avons pas la prétention d'apporter un document imuable, une chartre définitive de cette nouvelle discipline, mais seulement réaliser une mise au point" de ce que nous pensons devoir être nos principes généraux.

Nous devons dire à nouveau, su risque de nous répéter, ce que nous avons déja écrit, à savoir que des mesures transitoires et des délais d'application seront sans nul doute indispensables, s'il était décidé une réarganisation quelconque dans

le sens que nous proposens.

A) Le revalorisation matérielle de la spécialité :

Des trois réformes essentielles à réaliser, la revalorisation du standing matériel de l'anesthésiologiste est sans doute la plus simple. À obtenir dans un délai assez bref. Nous ne nous étendrons pas outre mesure dans ce domain et nous ne ferons que rappeler que cette amélieration est donditionnée par :

- dans l'immédiat, la création d'une nomenclature indépendante. La situation actuelle, qui impose à une catégorie de médecins de coter leurs actes en fonction d'autres actes médicaux très différents effectués par d'autres médecinsm'est pas acceptable plus longtemps. La nomenclature en vigueur "brime" le chirurgien qui est pénalisé de I/Ioème lorsqu'il s'entoure de toutes les garanties nécessaires à l'intéret de son malade. Elle ne tient aucun compte des actes de réanimation que les anesthésiologistes peuvent être appelés à donner en dehors de l'acte anesthésique lui-même: réanimation des intoxiqués, surveillance des brûlés ou des comas. Cet état de chosese entraine la multiplication des auxiliaires qui reviennent moins cher et même dans certains cas a pu aboutir a pu véritable partage d'honoraires comme on a pu le constater dans certains départements conventionnés (Clermont-Ferrant).

- la reconnaissance de l'a nesthésie comme un acte strictement médical dans un avenir plus lointain. (déja actuellement il ne devrait être effectué par une auxiliaire que sous la surveillance effective d'un médecin anesthésiologiste.

Cette condition nous a paru indispensable si l'on veut voir progresser normalement notre spécialité. Penser que le chirurgien peut, de son poste, superviser efficacement les actes accomplis par une auxiliaire est une erreur et il nous serait facile de le démontrer par des cas personnels d'incidents per-opératoires rétablis en toute dernière extrémité et qui ont passés inapercus de tous, même de l'auxiliaire. responsable de l'anesthésie. Penser de même qu'un chirurgien peut eujourd'hui d'une part acquérir toutes les connaissances pharmaco-dynamiques nécessaires à l'utilisation des drogues que nous employent d'autre part disposer du temps nécessaire à la réussite d'une réanimation difficile est une autre erreur.

En pratique, aujourd'hui,l'auxiliaire évolue de deux façons, selon sa personnalité : ou bien elle se contraint à une technique standard qui exclue tout
perfectionnement et toute adaptation au cas particulier difficile , ou bien
elle copie dangereusement le médecin-anesthésiste en manipulant journellement
des produits toxiques sans la formation de base nécessaire; dans tous les cas
elle est appelée à réaliser des actes dont on ne peut nier qu'ils devraient
être strictement réservés aux médecins comme l'intubation trachéale ou l'
a dministration de curarisants.

"Il est certain que le médecin insuffisamment instruit est un piètre remplațant de l'infirmière expérimentée" écrit Macinstosh qui continue ainsi : mais je crois d'après mes observations en différents pays et je pèse mes mots, que lorsque la surveillance de l'anesthésie est entre les mains d'infirmières mêm excellentes, il peut surgir inopinément des complications per ou post opératoires et qu'un médecin spécialiste serait mieux à même pour les prévenir et les traiter ".

Beecher dont on ne peut discuter d'une part la très haute compétence, d'autr part la tendance pro auxiliaires en matière d'anesthésie écrivait pourtant au Congrès de la Société Internationale de Chirurgie de Copenhague en 1955; "il est indéniable que le travail d'une infirmière anesthésiste a ses limite leur plus grande activité à mon avis, dans la plupart des cas doit se borner à l'administration d'anesthésies à l'éther ou au protoxyde d'azote-oxygène."

S'il en était besoin encore, bien des choses pourraient être dites sur l'erreur commise en donnant aux auxiliaires une formation et des diplômes. L'infirmière de salle dévouée et compétente devient en France une rareté. Les soins aux malades après l'intervention dans les heures et les jours qui suivent sont souvent confiés à un personnel trop jeune, insuffisamment formé ou franchement et définitivement incompétent. Chaque jour l'interne du service e nous-même relevons des erreurs parfois graves. Atnsi on assiste à ce paradore de créer des techniciens intermédiaires dont on finit par ne plus savoir très bien ce qui peut ou non leur être confié, dont la rémunération est onéreuse pour l'administration, alors que l'on manque de personnel pour les soint élémentaires et que l'on merche des solutions à la pléthore médicale.

La création d'un diplôme supérieur est toujours dévalué par la création de diplômes inférieurs intermédiaires; cela est vrai dans toutes les professions et ne peut aboutir qu'à un nivellement vers le bas au lieu d'une sélection élevée.

- l'éménagement du mode de rémunération hospitalier :
Si l'on ne veut pas voir les anesthésiologistes abandonner
l'hopital au profit de leur clientèle de ville comme cela est souvent
le cas aujourd'hui, il est indispensable que soit relevées les sommes qui
leur sont actuellement allouées dans les hapitaux publics. Nous reviendrons sur ce problème à propos de la réorganisation de l'anesthésiologi
dans les hopitaux.

· B) L'organisation de l'enseignement :

qui.

Des décrets récents viennent de créer en France une chaire d'Anesthésiologie à Paris et des postes d'Agrégés dans les différentes Facultés de Province.
L'admirable dévouement de certains chirurgiens et de certains professeurs de Faculté
depuis 1947, se sont consacrés à la formation d'anesthésistes en France trouvent là
da consécration. La création d'un enseignement autonome pour la spécialité à qui ils
avaient fait faire ses premiers pas. Mais si le premier radiologiste fut d'abord un
médecin, qui se consacra ensuite à la radiologie, s'il en fut de même pour le premier
othorhinolaryngologiste, jamais aucun des chirurgiens qui dirige encore l'anseignement
de l'anesthésiologie ne consentira à se consacrer entièrement à cette spécialité.

Ainsi tous ces effeorts ne trouveront leur plein effet que s'ils sont repris par de jeunes spécialistes entièrement orientés vers l'anesthésiologie.

Cette discipline classée justement parmi les sciences fondamentales comprend non seul ment l'étude des missurs sciences de base: physiologie, pharmacologie, chimie, physique mais aussi une partie importante de clinique, un anesthésiste doit être avant tout un très bon médecin, et une partie non moins essentielle de technique.

Les chirurgiens se sont souvent plaint du niveau médiocre de l'anesthésiste français, en particulier dans le domaine de la réanimation. Noit-on faire reposer la responsabilité de cet état de chosé sur les anesthésistes seulement ? Nous ne le pensons pas. En effet, le programme de leur enseignement a été établi au tout début de la création de cette spécialité en France patr des non spécialistes et alors que l'on n'en connaissait pas encore très bien les limites, d'où des lacunes importantes maintes fois soulignées.

La création d'un enseignement autonome doit pouvoir permettre de comble: notre retard et de former dans l'avenir de véritables anesthésiologues et non pas seulement des anesthésistes.

Le programme de cet enseignement doit être établi de façon à répondre aux trois impératifs soulignés plus haut : enseignement des sciences de base, formation clinique, formation technique. Il faudra y adjoindre un quatrième impératif indispensable si l'on veut voir la spécialité progresser: organisation de la recherche dans un laboratoire spécialement affecté à cette discipline.

L'importance d'un tel programme nous oblige immédiatement à envisager l'éventualité d'une augmentation de la durée des études à trois années au minimum; ce temps ne nous parait pas excessif en raison de ce qui est demandé pour obtair le diplôme de plusieurs autres spécialités, en particulier la radiologie, la pédiatrie et si l'on songe que l'on demande deux années aux auxiliaires pour n'obtenir qu'une simple form tion technique.

Nous avons cru pouvoir résumer d'une façon très générale le programme d un tel enseignement dans le tableau suivant :

I - Prévention et thératpeutique corrective des désordres généraux provoqués par toutes les agressions venues du milieu extérieur :

- clima t : froid, chaheur
- brûlures
- traumatismes : choc . coma
- intexica tions diverses : oxyde de carbone, barbituriques etc....
- asphyxie noyade electrocution.

Cette prévention et cette thérapeutique comporteraitent ainsi le contrôle

- de l'homéostasie
- de l'équilibre respiratoire
- de l'équilibre excrétoire
- de l'équilibre hématologique et de l'hémostase
- de l'équilibre circulatoire,
- la réanimation respirat cardio-respiratoire.

II - L'étude du risque opératoire dans les affections chirurgicales :

- e exploration clinique et instrumentale fonctionnelle selon l'âge du patient, les affections intercurentes, le type d'intervention.
- la préparation médicale à l'acte opératoite.

III - L'étude de l'anesthésie dans son sens le plus large.

- anesthésie générale, locale, loco-régionale et rachidienne.
- les prémédications
- les adjuvants per-opératoires de l'anesthésie.

IV - <u>Les soins post-opératoires</u>:

- la réanimation et l'équilibre hydroélectrolytique post-opératoire im-
- les désordres nutritifs : diététique et alimentation des malades.

V - L'étude des cas particuliers de la chirurgie et des suites opératoires dans ces cas particuliers:

- chirurgie thoracique
- chirurgie cranienne
- chirurgie infantile
- chirurgie des glandes endocrines, etc...

La réalisation d'un tel programme suppose un nombre d'heures de cours important répartis sur toute l'années universitaire et non par seulement sur trois mois pendant deux années, comme c'est le cas actuellement. Mais la formation d'anes-thésiologistes véritables, spécialistes diplômés du Jème cycle serait bien insuffisant si elle n'était pas complétée par des stages hospitaliers nombreux, interessant non seulement les services de chirurgie, mais encore les services de médecine spécialisés dans certains traitements comme les comas, les désoures respiratoires ou excrétoires etc... Après quelques mois de pratique, le stagiaire devra encore participer au travail du service de garde, sous la direction effective d'un anesthésiste confirmé et

ce stage au service d'urgence ne sera valable que dans la mesure où il sera effectué à temps plein car rien n'est plus dangereux que le système actuel qui prévoit l'appel de l'anesthésiste au tout dernier moment, uniquement pour donner l'anesthésie sans qu'il ait pu même "voir" le malade qui doit être opéré.

Dans cette organisation, le responsable de l'enseignement, c'est à dire dans un avenir lointain le titulaire de chaire, aurait, nous semble-t-il, pour fonctions principales, à côté de l'organisation de l'enseignement et du choix de ceux qui y participarent, la responsabilité de la recherche à la Faculté.

Le professeur agrégé attaché à cette chaire pourrait être, au contraire, le trait d'union avec les services hospitaliers et le grand responsable de l'enseignement

clinique.

Mais, une fois encore, nous sommes persuadés que cette organisation n'acquérer tout son dens que dans la mesure oùcces responsables consacreront toute leur activité à cette seule spécialité. A cette condition l'élite des étudiants en médecine, c'est à dire l'internat, s'interessera à elle. Il ne pouvait être question jusqu'àprésent de voir des éléments de valeur s'interesser à l'anesthésiologie puisqu'aucune possibilité d'atteindre un grade plus élevé ne leur était offerte. Ce grade supérieur est aujourd'hui créé. Il est capital pour l'avenir de notre spécialité de ne pas laisser passer l'occasion de montrer aux futurs spécialistes qu'une porte sur l'enseignement supérieur leur est ouverte. La nomination à ces postes d'un spécialiste d'une autre discipline qui n'abandonnerait pas toute son activité pour se consacrer à la seule anesthésiologie serait la certitude de voir tomber définitibement le recrutement dans cette spécialité, la certitude de voir aussi les plus "valables" d'entre nous abandonner cette branche de la médecine qui ne leur offrirait plus aucun espoir de progression, alors que, au contrei re, ils sont prèts à faire tous les efforts nécessaires et à prendre le temps qu'il faudra pour acquérir les connaissances que supposent de telles fonctions.

C) L'organisation hospitalière :

La refonte de l'organisation hospitalière actuelle dans ce domaine est une nécessité orgente, mais il ne fait pas de doute qu'elle représente la réforme la plus difficile à réaliser.

Les principes généraux devraient être, à notre avis, à la base de cette réorganisation :

I) Les conditions de travail :

largement l'horaire opératoire." Nous irons plus loin en affirmant que la réamination post-opératoire comme la réamination médicale réclame la présence continue d'un médecin spécialisé.

Ainsi donc, l'anesthésiologie ne peut se concevoir autrement que dans le cadre du plein temps : c'est l'organisation générale hospitalière comme le choix des intéressés qui définiront la meilleure formule à envisager dans tels cas particuliers de l'anesthésiologie à service plein-temps ou de l'anesthésiologiste à fonction plein-temps. Nous pensons que dans les grandes villes et particulièrement dans les villes universitaires, il ne serait peut-être pas difficile d'organiser des systèmes des vacations tels que l'anesthésiologie y soit exercée de façon continue. Il serait toutefois souhaitable que les conditions de rémunération hospitalières de l'anesthésiologiste soient telles "qu'il ne soit pas obligé de chercher en ville la multiplication des actes d'anesthésie" au détriment de la réanimation à l'hopital.

à son service hospitalier un temps de présence suffisant et débordant

L'anesthésiologiste "doit pouvoir consacrer de façon effective

Il nous sera objecté que dans le cas de la création d'anesthésiologistes à fonction plein-temps.la notion "d'équipe" est détruite et qu'il n'est pas possible d'imposer à un chirurgien un collaborateur cu'il n'aurait pas "choisi" lui-même. En fait.les chirurgiens ont ils vraiment choisi jusqu'à présent leur anesthésiste ? Bans la majorité des cas.ce sont des postes " qui ont été créés auxquels se sont présentés des médecins pour la plupart inconnus jusqu'alors, en province en particulier. Après quelques mois de travail en commun l'anesthésiologiste était adapté aux méthodes de son chirurgien. (d'ailleurs pas toujours avec bonheur..), ce qui a pu faire penser qu' une équipe indissoluble était créée. En pratique, cette cohésion n'est pas aussi étroite qu'elle apparait à première vue. Si l'anesthésiologiste est souvent le même en clinique et à l'hopital dans le cas des "grands patrons" cela est loin d'être le fait pour tous les chirurgiens. En clientèle de ville la concurence avec tout ce qu'elle suppose d'intrigues est de plus en plus l'élément prépondérant dans la répartition des médecins anesthésistes. quand de véritables "trusts", sous la direction d'un anesthésiologiste plus ancien ne sont pas créés. (et il n'est pas rare aujourd'hui d'entendre : je ne suis pas libre, mais je vous enverrai "un tel"....).

A l'hopital, de même, l'assistant conscient de ses responsabilités se doit d'assurer lui-même l'anesthésia et la réanimation des cas difficiles, et ce ne sont pas toujours ceux opérés par le chirurgien-chef de service.

Le système actuel a permis la mise en place d'un certain nombre d'anesthésistes incompétents, et certains chefs d'équipe ont été bien "déçus" au bout de peu de temps. Ils sont pourtant contraints d'accepter la situation se croyant "moralement obligés" vis à vis de leur collaborateur.

Enfin, si un tarif conventionnel était généralisé, la situation devintal strictement impossible pour un anesthésiologiste travaillant en équipe avec un ou même deux chirurgiens et poserait un problème pécunière dramatique.

2) L'autonomie technique :

Nous pouvons résumer la situation actuelle et la position des différents groupements qui ont au à juger de la question dans las trois situations suivantes :

"l'anesthésiste est un assistant, chargé de l'indication et fie l'application d'une technique spécialisée. Le chirurgien ou spécialiste chef-de service (ou son suppléant officiel) reste cependant le chef de l' équipe, autrement dit le "maitre à bord".

a) la décision s'il y a lieu appartient au chef de service en matière d'anesthésie ou de réanimation ou de soins pré et post-opératoires comme pour l'ensemble du fonctionnement du service.

b) après quoi les décisions sont prises en commun.... sauf désaccord qui laissera la décision finale au chef de service, sous sa responsabilité. "

"Il faut tenir compte lorsque pour le médecin assistant d' anesthésie, réanimation et transfusion, l'assistanat est différent de l'assistanat des kapitant autres disciplines. En effet, pour le médecin anesthésiste réanimateur, transfuseur, c'est une situation définitive pour toute sa carrière qui ne comporte pas d'échelon supérieur." (rapport au Conseil Supérieur des Hopitaux du Syndicat National Des médecins et Chirurgiens spécialistes des Hopitaux Publics).

^{*} Le choix d'une profession implique en principe le gout d'une

certaine indépendance; il est évident que l'anesthésiste se trouve vis à vis du chirurgien dans une dépendance matérielle inévitable : celle-ci ne tenant pas tant au fait qu'il s'agit de malades appartenant au chirurgien, puisqué lui aussi opère des malades habituellement adressé à lui par un correspondant médecin, qu'à la simultanéité des actes effectués sur ce même malade. Ce qui pourrait être toujours, ce qui est souvent, une collaboration agréable pour l'équipe et bénéfique pour le malade peut devenir parfois une servitude pesante pour l'anesthésiològiste." (circulaire du Syndicat National des anesthésiologis tes français").

"L'insuffisance numérique des assistants d'anesthésie-réanimation serait certainement réduite dans les services hospitaliers si leur résults rémunération était, I²) indépendante de celle du chirurgien.

2º) plus importante.

Un a ttrait supplémentaire leur serait offert si de véritables services d'amesthésie pouvaient être créés, si l'amesthésiste qui pourrait être assistant puis médecin se voyait accorder autre chose que la subordination actuelle au service auquel il est attaché alors que sa responsabilité demeure entière." (extrait de l'Organe Officiel de la Fédération Hospitalière de Franc Octobre 1956).

Il est évident que des tout groupe humain travaillant en commun doit être dirigé par un chef unique. Il ne viendrait à l'idée de personne de discuter l'autorité du Chef de Service en ce qui concerne l'organisation générale et les directives d'ensemble nécessaires au fonctionnement du service.

L'Anesthésiologiste est un spécialiste pourvu d'un diplôme indépender reconnu par le Conseil National de l'Ordre, reconnu par les Cours de Justice puisque aussi bien des experts en Anesthésiologie ont été nommés auprès de foutes les Cours d'Appel de France, reconnu encore malheureusement par le fisc. Les jugements nombreux rendus récemment que nous pourrions citer en exemple lui reconnaissent une entière responsabilité en tout ce qui concerne l'exercice de sa profession, et même en des domaines où le partage de ces responsabilités pouvait s'avérer difficile à faire, tels que les paralysies per-opératoires par suite d'une installation défectueuse du patient sur la table d'opération ou certains accidents survenus dans les suites immédiates.

Il nous semble ainti que sans discuter en aucune façon l'autorité du chef de service, un pas en avant, d'une très grande importance pourrait être réalisé en int reconnaissant à l'Anesthésiologiste son indépendance technique. Si l'on admet que ses études lui confèrent une spécialisation, une compétence particulière dans ce domaine, si l'on admet qu'il puisse être le "consultant", en la matière, on peut ensuite difficilement admettre qu'en cas de litige, c'est l'avis du non spécialiste qui prévaut, en particulier dans les cas où le chirur gien se trouve être un autre assistant du service ou un jeune chirurgien de garde.

Il est certain que, dans la pratique, lorsque l'anesthésiologiste a su s'attirer la confiance de son chirurgien par ses mérites, il a obtenu en fait, toute son indépendance à l'égard de ce chirurgien. Mais la non reconnais sance de cette indépendance technique et même l'affirmation du contraire sont une des raisons principales du désinteressement qu'affichent les éléments de valeur pour une spécialité considérée comme mineure.

Dans son voeu, l'administration hospitalière a très bien compris que l'absence d'échelon supérieur dans l'évolution hospitalière des anesthésiologistes était un second point responsable du défaut de recrutement. La plupart des pays d'Europe, particulièrement l'Angleterre, la Suisse, et l' Espagne, au moins dans leurs villes universitaires ainsi que les services médicaux de l'armée ont remédié déja à cet état de choses.

Il est certais qu'en France, il est sans doute trop précoce actuellement pour créer des services d'Anesthésiologie. Mais la création d'un échelon supérieur intermédiaire entre celui d'assistant au premier degré et celui de Chef de Service créerait une émulation indispensable et permettrait dès à présent une sélection d'éléments de valeur à qui alors un jour pourraient être confiés des services d'Anesthésiologie, c'est à dire essentiellement des services de réanimation.

Il apparait en effet que trop souvent les textes sont écrits en fonction des besoins des grandes villes universitaires .Dans le cas particulier, la nécessité de tels services est surtout évidente dans les hopitaux de moyenne et de petite importance. La présence continue d'un responsable de l'anesthésie et surtout de la réanimation "de tous les sujets inconscients" ou présentant des troubles aigus de la fonction respiratoire ou de la fonction circulation y est là indispensable. A tel point que, en pratique, c'est ce qui est déja réalisé dans certains centres sans que les responsables aient pu recevoir un titre officiel. (Clermont-Ferrant, St. Etienne).

Dans l'immédiat, il serait, semble-t-il indispensable de créer, au minimum dans nos grandes villes des "centres de soins" destinés à la réanimation dans lesquels l'anesthésiologiste aurait une part importante de responsabilité avec le titre par exemple de médecin-adjoint. Il pourrait s'agir de centres de soins chirurgicaux (polytraumatisés - traumatismes craniens ou builés) ou de centres de soins médicaux (comas barbituriques, intoxications diverses, traitement respiratoire d'affections médicales).

A l'avantage d'économie de matériel centralisé dans tous les cas s'ajouterait celui de pouvoir constituer des services de garde; surtout l'attrait intellectuel de notre spécialité en serait grandi et ce serait la certitude de voir se diriger vers elle ceux, parmi les jeunes médecins qui sont surtout séduits par la réanimation.

D) L'organisation de l'Anesthésiologie en climitèle privée:

Il ne semble pas indispensable de prévoir une organisation déterminée. Déja en province dans le système actuel, des solutions satisfaisantes ont été trouvées sans difficultés. Le "libre choix", la concurrence, la qualité des praticiens jouent dans ce cas au maximum, et un nombre de postes déja importants sont déja pourvus de façon plutôt satisfaisante que dans les hopitaux publics.

Il est interessant de constater malgré tout que dans la plupart des hopitaux libreset dans les cliniques privées, ce sont des postes d'anesthésistes à plein-temps, sous contrat qui tendent à se créer. C'est un nouvel argument pour nous lorsque nous demandons qu'il en soit de même pour nous dans les hopitaux publics. (ceci ne préjugeant nullement du mode de rémunération qui sera adopté).

S'il en était autrement, d'ici peu d'années, tous les postes privés seraient couverts par de jeunes anesthésiologistes débutants au détriment des plus anciens qui sont contraints d'assurer leur service hospitalier. Ce mouvement assez lent se précise de plus en plus; il n'est pas un d'entre nous qui ne constate la concurrence qui nous est faite par nos

61èves. Ce qui peut paraître normal et acceptable lorsque la "marge de

sécurité "est grande devient angoissant dans le cas particulier.

L'exemple des cliniques privées permet une autre observation quant au problème envisagé précédemment, celui du choix de l'anesthésiste par le chirurgien. Pendant plusieurs dizaines d'années, les interventions de tous les chirurgiens exerçant dans une clinique déterminée, n'ont-elles pas été effectuées sous une anesthésie standard donnée par un ou une auxiliaire immuable?

Nous ne pouvons nous étendre plus avant dans un rapport qui ne veut étudier que les idées directrices générales d'une réorganisation éventuelles. Il nous faudrait bien sûr envisager dans le détail chacun des grands problèmes tels que celui du rôle de l'anesthésiologiste dans un service chirurgical, du rôle de l'anesthésiologiste dans un service médical et dans les services d'urgence etc... Il faudrait encore parler des conceurs dont ni le programme ni la forme ne correspondent à ce qui serait nécessaire pour recruter une élite.

Chacun de ces problèmes particuliers sera facile à résoudre si les idées fondamentales sont adoptées.

Nous nous excusons de la longueur de ce rapport mais nous ne pensons pas que nous ayons pu en soustraire le mo indre paragraphe, chacum étant nécessaire à la compréhension de l'ensemble.

Nous l'avons rédigé en toute objectivité et sans esprit de revendication. C'est notre profond attachement à une spécialité pour laquelle nous avons tout sacrifié fusqu'à présent et dont nous sommes certains de la nécessité qui nous a autorisé à exposer franchement l'opinion de la majorité d'entre nous.

Nous sommes sûrs que nous serons compris et aidés et, avec Mr. le Professeur Ducuing, nous nous devons de conclure que "la période de transition qui a déja duré dix années pour les premiers centres qui se sont occupé de la question est assez longue pour prouver la nécessité d'un changement total de la conception de cette activité médicale nouvelles qu'est l'Anesthésiologie. Il faut que cette période cesse " sans quoi il n'y aura jamais d'Anesthésiologie valable en France.