SYNDICAT DES ANESTHÉSIOLOGISTES FRANÇAIS

3e Congrès National

PARIS

18 SEPTEMBRE 1951

SYNDICAT DES ANESTHESIOLOGISTES FRANCAIS

IIIème CONGRES NATIONAL

P A R I S

18 SEPTEMBRE 1951

S O M M A I R E

PROGRAMME DU CONGRES :

I/- Notre activité Syndicale en 1950-51
M. J. BOUREAU (Paris)

2/- Organisation et fonctionnement de la spécialité dans la région de Toulouse
Mme J. RIEUNAU (Toulouse)

3/- Projet de révision de la nomenclature concernant les actes d'anesthésie
M. J. VERHAEGHE (Lille)

HORS PROGRAMME :

4/- La qualification des anesthésiologistes (Rapport présenté à la séance ordinaire du 27 Juin 1951)
M. J. VERHAEGHE (Lille)

La séance est ouverte à 15 heures

sous la présidence

de Monsieur J. BOUREAU

NOTRE ACTIVITE SYNDICALE EN 1950-51

J. BOUREAU (Paris)

Mes chers Collègues,

Je suis heureux de vous adresser la bienvenue à l'occasion de notre troisième Congrès National, aux plus anciens dont je retrouve ici chaque année les visages amis, mais surtout aux nouveaux venus qui, en se ralliant à nous, ont contribué à faire de notre groupement autrefois embryonnaire un Syndicat vivant, actif et cohérent, qui rassemble aujourd'hui 110 spécialistes.

Vous savez que cette année notre Congrès se résume à sa plus simple expression, c'est-à-dire à la séance de ce jour, en raison du Congrès International qui commence demain et se poursuit jusqu'à la fin de la semaine. C'est la raison pour laquelle nous avons écarté de notre programme les sujets scientifiques et les manifestations récréatives, les uns et les autres étant surabondamment prévus à celui du Congrès International

Je voudrais, le plus brièvement possible, vous exposer les grandes lignes de notre activité syndicale au cours de l'année écoulée.

+++

Tout d'abord, les réformes de structure.

Bulletin - Fichier Bibliographique -

A la suite de notre dernier Congrès une motion nous avait été transmise par la Section Lilloise demandant :

- la publication d'un bulletin;
- la création d'un fichier bibliographique;
- et certaines modifications ayant trait à l'organisation du Congrès annuel.

Ces suggestions ont été présentées à notre Assemblée Générale du mois de Décembre, puis soumises à votre approbation par voie de referendum. Le Secrétariat de la Revue Anesthésie et Analgésie a bien voulu se charger de la publication de notre Bulletin, sous forme d'un Supplément à la Revue, destiné à paraître 4 fois par an, c'est-à-dire à un rythme sensiblement identique à celui de nos séances ordinaires.

Par ailleurs, et pour éviter que la création d'un Fichier ne fasse double emploi avec ses propres travaux, la Revue d'Anesthésie nous a également proposé d'étendre son Index Bibliographique et ses analyses, avec la collaboration de tous ceux qui voudraient bien lui prêter leur concours. Un point demeurait litigieux : le cas de nos Membres non encore abonnés à la Revue. Je pense qu'il suffisait de poser la question pour la voir résolue, tous les anesthésistes de notre pays se devant, semble-t-il, de s'abonner à l'unique revue française d'anesthésie, s'ils ne la reçoivent déjà en qualité de membres de la Société.

Malheureusement, la mise en route d'un projet est toujours difficile, et l'exceptionnel surcroît de travail imposé au Secrétariat de la Société par l'organisation du Congrès International a provoqué des retards considérables dont nous avons subi les conséquences, bien que les deux premiers bulletins aient été préparés en temps voulu par notre rédacteur, M. HUGUENARD.

Ceci a motivé bien entendu de la part de quelques-uns d'entre nous, trop éloignés de Paris pour assister à nos séances ordinaires, des réactions parfaitement légitimes, puisqu'en lieu et place des compte-rendus succints qu'ils recevaient autrefois, ils n'ont plus rien reçu du tout. Je puis vous assurer qu'à l'avenir ceci ne se produira plus, la publication de la Revue - et par conséquent de notre Bulletin - allant reprendre désormais sur un rythme régulier

Colloques -

Parallèlement au désir exprimé par nos Collègues Lillis, relatif à la création d'un Fichier et à la publication d'analyses, la Section Parisienne, en accord avec le Syndicat des Hospitaliers de Paris, a repris une idée très ancienne se rapportant à l'organisation des colloques destinés à la discussion de questions de "clinique anesthésique". L'expérience de nos deux premiers Congrès nous ayant montré tout l'intérêt des discussions consacrées aux questions qui nous préoccupent chaque jour, nous avons voulu multiplier ces discussions qui sont bien rarement abordées à la tribune de la Société d'Anesthésie.

Nous avons pensé toutefois que nos deux Syndicats devaient limiter leur action à des problèmes purement corporatifs, et c'est la raison pour laquelle nous nous sommes tournés vers la Société d'Anesthésie en lui demandant d'organiser ces colloques dans le cadre de ses travaux. Après différents échanges de vues cette organisation nouvelle a été mise sur pied et le premier colloque, dont le compte-rendu sera publié dans "Anesthésie et Analgésie", a eu lieu le 21 Juin à l'occasion d'une séance normale de la Société, qui s'est ainsi trouvée scindée en deux parties. Mais ces deux séances successives, totalisant entre elles une durée de 4 heures, n'ont pas constitué, en définitive, une formule très heureuse et nous croyons qu'il serait infiniment préférable d'adopter l'idée que nous avions primitivement émise, c'est-à-dire de doubler

le nombre des séances de la Société en consacrant une séance sur deux aux colloques. Ce qui importait, n'est-il pas vrai, c'était de mettre la chose en route ; je pense que nous arriverons sans trop de peine à convaincre les opposants - c'est-à-dire les chirurgiens - en leur démontrant l'intérêt que nous portons à ces questions pratiques, puisque si les chirurgiens ont brillé par leur absence à ce premier colloque, les anesthésistes ont été presque deux fois plus nombreux qu'à la séance normale qui a suivi. Aucune preuve plus éclatante ne saurait être invoquée.

Modification de l'Art. 6 des Statuts -

Autre réforme de structure ; la modification de l'article 6 de nos Statuts, qui a trait aux conditions exigées des candidats désireux d'adhérer à notre Groupement.

Deux conditions nouvelles sont réclamées :

1/- L'inscription à la Chambre Syndicale des Médecins du Département d'exercice ;

2/- la possession du Certificat d'Etudes Spéciales en Anesthésiologie pour les candidats dont la thèse est postérieure à l'année 1947.

L'inscription à la Chambre Syndicale départementale est une mesure qui nous a été imposée par notre rattachement à la Confédération des Syndicats Médicaux Français, rattachement approuvé par voie de référendum à notre séance du 28-2-51. La Confédération est un organisme puissant, qui groupe plus des trois quarts du corps médical français ; elle a une représentation permanente au sein de la Commission de Nomenclature et son appui nous sera particulièrement utile lors des discussions que nous comptons prochainement reprendre avec la Sécurité Sociale.

Quant au Certificat d'Etudes Spéciales en Anesthésiologie, il est maintenant créé depuis un temps suffisamment long pour que nous soyons en droit de l'exiger, tout au moins de ceux qui n'ayant pas encore soutenu leur thèse au moment où il a été institué, étaient à même de le préparer et d'en subir les épreuves. Il est bien entendu que le jour où les Commissions de qualification fonctionneront dans notre discipline, cette clause tombera d'elle-même, la qualification officielle devant la remplacer. A ce propos, vous savez que les commissions de qualification ont été officiellement désignées par arrêté du Ministre de la Santé Publique, en date du 22 Juin 1950, mais qu'elles ne fonctionneront pas aussi longtemps que le différend opposant l'Ordre et la Sécurité Sociale à notre sujet n'aura pas été résolu.

Postes vacants -

Nous avons également créé un Organisme de liaison entre chirurgiens et jeunes anesthésistes, afin de pourvoir les postes vacants. Nous sommes, en effet, souvent sollicités par les uns ou par les autres, et il n'était pas mauvais que le Syndicat s'inquiétât de cette question pour éviter que des postes intéressants ne tombent entre des mains inexpertes.

Afin de soulager votre bureau des charges toujours plus lourdes qui lui sont imposées, nous avons demandé à l'un de vous d'assurer cette liaison ; M. SIMON a bien voulu accepter cette charge, comme M. HUGUENARD avait accepté celle de rédacteur du Bulletin.

Sections Provinciales -

Dans le cadre de notre développement, je vous signale la création d'une nouvelle Section Provinciale dans la Région de Toulouse. Cette Section est présidée par Mme RIEUNEAU qui doit nous exposer tout à l'heure le fonctionnement de l'Anesthésie dans cette province.

D'ores et déjà, je puis vous annoncer la création prochaine de deux nouvelles Sections, l'une dans la région de Lyon, l'autre dans la région de Montpellier, ce qui portera à 8 le nombre de nos sections, soit 50 % du nombre total correspondant aux 16 régions de Sécurité Sociale. Le nombre de nos adhérents se multipliant régulièrement chaque année, je pense que dans un à deux ans nous aurons une représentation officielle sur la totalité du territoire métropolitain.

Congrès - Vote par correspondance -

Comme réformes de détail, je vous signale en outre l'adoption des deux propositions Lilloise concernant l'organisation de nos prochains Congrès, à savoir :

- l'établissement du programme au moins 6 mois à l'avance, afin de permettre à chacun d'y réfléchir ;

- et l'augmentation d'une journée de la durée du Congrès, précédemment fixée à deux jours.

Enfin, l'adoption du vote par correspondance, destiné à permettre à nos membres lointains de participer plus étroitement aux décisions d'intérêt général.

+
+++
+

J'en arrive à l'exposé des démarches accomplies auprès des Organismes administratifs, notamment au Ministère de la Santé, à la Chambre Syndicale des Médecins de la Seine, à la Sécurité Sociale.

Ministère de la Santé -

Au Ministère de la Santé deux questions ont été évoquées : celle des concours de province et la question des infirmières.

En ce qui concerne les concours nous avons demandé pour la troisième fois à être tenus au courant des concours organisés en province afin d'en faire part à ceux qui régionalement pourraient y être intéressés. Ceci à la suite d'informations multiples concernant des concours sans candidats ou auxquels des candidats refusés au diplôme avaient été reçus faute de mieux.

A la suite de mes deux premières demandes, j'avais été informé de l'organisation d'un concours pour la nomination d'anesthésistes à Dunkerque - Saint-Amand - Valenciennes, et un autre à Rennes; mais par la suite des concours ont eu lieu à Aurillac, Versailles, Saint-Germain, Pontoise, Reims et Marseille dont j'ai été avisé indirectement ou a posteriori, et toujours trop tard pour alerter les candidats éventuels.

Ma dernière réclamation (16-5-51) aura j'espère un meilleur résultat, si j'en juge par la réponse assez inattendue du Ministre de la Santé, m'informant que l'administration centrale n'est elle-même avisée que très tardivement, la décision étant prise, en application des textes en vigueur, par les Directeurs départementaux de la Santé; ajoutant toutefois qu'en raison de l'intérêt qui s'attache à ce que des praticiens compétents puissent faire acte de candidature, il avait décidé de demander aux Directeurs départementaux de m'avertir directement de l'organisation de ces concours.

Sur la question des infirmières, j'ai participé, le 11 Décembre 1950, avec Melle DELAHAYE, à une réunion à laquelle assistaient des représentants du Ministère, de l'Ordre des Médecins, de la Confédération, de la Chambre Syndicale et des Chirurgiens Français. Cette réunion avait d'ailleurs été provoquée par l'exposé d'accidents mortels portés par nos soins à la connaissance du Ministre et survenus dans des conditions vraiment inadmissibles.

La discussion nous a révélé une modification très sensible de l'état d'esprit des chirurgiens en regard de cette question. Certains, que nous savions dans le passé très favorables aux auxiliaires, se sont montrés franchement hostiles; d'autres ont manifesté de sévères restrictions qu'ils n'auraient pas formulées auparavant. A cet égard il est remarquable de constater que ce sont

les chirurgiens de province, et non les parisiens, qui ont évolué dans ce sens, mais il est pénible de voir que ce revirement est la conséquence de voyages à l'étranger et que les motifs invoqués sont ceux-là mêmes auxquels nous cherchions vainement à les convaincre depuis plusieurs années.

En définitive, la question a été envisagée uniquement sur le plan hospitalier. Des auxiliaires ont été reconnues nécessaires dans ce domaine en raison du grand nombre d'interventions pratiquées journellement dans les services de chirurgie, mais leurs fonctions ont été définies par assimilation avec celles des infirmières spécialisées des hôpitaux, masseuses ou laborantines, ce qui revient à dire qu'elles seraient les auxiliaires des assistants d'anesthésie, comme l'exprime fort bien le titre qui a été proposé d'infirmières-aides d'anesthésie.

Chambre Syndicale -

A la Chambre Syndicale des Médecins de la Seine, nous avons profité du renouvellement des Syndics d'Assemblée Générale pour réclamer une représentation effective de notre discipline à la tête de la Section Biologie-Transfusion-Anesthésie. Notre demande a été agréée et Melle DELAHAYE a été désignée comme Syndic-adjoint de cette section en compagnie du Dr. DURUPT, représentant les Biologistes.

Il est particulièrement heureux que nous soyons représentés à la Chambre Syndicale qui, bien que représentant les seuls médecins de la Seine, constitue par le nombre de ses mandants un organisme particulièrement influent au sein de la Confédération Générale.

Je vous signale à cet égard que lors d'une réunion tenue le 25-2-51, des problèmes touchant à notre spécialité ont été évoqués, notamment la déglobalisation du K, c'est-à-dire la dissociation du K chirurgical et du K anesthésique, ainsi que la question des frais de transports de nos appareils, qui après avoir paru définitivement enterrée, semble devoir trouver un jour une solution satisfaisante.

Sécurité Sociale -

Je ne vous dirai qu'un mot de nos démarches à la Sécurité Sociale car cette question si importante a déjà fait l'objet d'un rapport de M. VERHAEGHE à notre réunion du mois de Juin dernier, rapport qui sera publié en même temps que le compte-rendu de ce Congrès.

Depuis un an nous n'avons fait aucun progrès, et ceci est la conséquence du conflit qui oppose la Sécurité Sociale et l'Ordre des Médecins à notre sujet. Je me suis vainement efforcé d'exposer à la Commission de la Nomenclature la situation intolérable des anesthésistes français en face d'un texte inique, qui nous met quotidiennement à la merci du bon ou du mauvais vouloir d'un organisme en mesure d'interpréter à sa guise une terminologie équivoque. La Sécurité Sociale le sent si bien que l'unique proposition qui m'ait été faite a été l'abrogation pure et simple de l'arrêté du 1-12-47, et c'est de justesse que grâce à l'intervention des représentants de la Confédération le statu quo a pu être maintenu.

Le problème est donc très grave, et l'opposition de l'Ordre à une entente directe entre la Sécurité Sociale et nous - entente qui d'ailleurs serait contraire au Code de déontologie - le rend plus difficile encore. C'est la raison pour laquelle notre ami VERHAEGHE a bien voulu s'attacher à l'étude de ce problème et qu'il propose aujourd'hui à notre discussion un projet susceptible de nous faire sortir de l'impasse.

Je crois, pour ma part, que la situation est loin d'être désespérée. Elle ne préoccupe plus seulement aujourd'hui les anesthésistes, mais aussi des médecins et des chirurgiens qui se sont penchés sur ce problème et s'efforcent de le résoudre dans un sens qui répond très exactement à celui que nous voudrions nous-mêmes lui donner. C'est là me semble-t-il un signe de bon augure, car si nous avons pour nous l'opinion du corps médical, la partie à plus ou moins brève échéance, sera gagnée.

+
+++
+

En terminant, je voudrais vous adresser un adieu comme Président de notre Syndicat. Voilà cinq ans que vous m'avez chargé de vous représenter, au moment où notre Groupement s'est constitué en une association syndicale, et par deux fois depuis vous avez bien voulu me maintenir dans ces fonctions. Je vous remercie de votre confiance et de l'honneur que vous m'avez fait. Mais aujourd'hui la situation s'est modifiée dans un sens particulièrement heureux. Il y a quelques mois un concours, si longtemps attendu qu'on n'osait plus y croire, désignait trois d'entre nous médecins-adjoints d'anesthésiologie des Hôpitaux : j'ai nommé mon excellent ami AMIOT, notre fidèle vice-Présidente Melle DELAHAYE, et Mme Nadia du BOUCHET.

Si notre action a été si souvent entravée, c'est parce que le titre suprême des médecins-anesthésistes était un titre d'assistant. Nous l'avons éprouvé, Melle DELAHAYE, MAROGER et moi-même, à l'occasion des nombreuses démarches que nous avons faites pendant ces cinq années, comme au sein des com-

missions aux travaux desquels nous avons participé, que ce soit au Ministère de la Santé, à l'Ordre des Médecins ou ailleurs.

Aujourd'hui nos trois élus, qui ont rang de chefs de service, vont pouvoir discuter en tous lieux sur un pied d'égalité avec ceux qui, volontairement ou malgré eux, ont cherché jusqu'à présent à nous mettre en tutelle et nous imposer leurs avis. C'est pourquoi il leur appartient de prendre désormais les leviers de commande parce qu'ils sont plus qualifiés que quiconque pour nous conduire et nous diriger. Je suis en cela en plein accord avec mon ami DOUTREBENTE, qui pour les mêmes raisons se propose d'abandonner à la fin de cette année la place qu'il occupe à la tête du Syndicat des Hospitaliers de Paris.

Je ne me dissimule pas l'importance de la tâche qui incombe à nos successeurs. Je sais par expérience que la lutte est difficile, toujours ingrate et rarement rémunératrice, mais la valeur et l'expérience de nos élus nous est le plus sûr garant du succès de leurs entreprises et je suis persuadé que derrière eux nous parviendrons à donner à notre spécialité la place prépondérante qu'elle occupe déjà dans certains pays étrangers.

°
° °

M. SIMON :

Je voudrais dire un mot à propos de votre démission dont vous venez de parler. Je suis plein de déférence pour les titres de nos collègues, M. AMIOT, Mme du BOUCHER, Melle DELAHAYE. Je ne dis pas qu'un autre ne peut pas prendre la présidence du Syndicat des Médecins Anesthésistes... mais je ne vois par pourquoi vous ne seriez pas vous tout aussi qualifié pour conduire un syndicat qui, ne l'oublions pas, n'est pas un syndicat des anesthésiologistes des hôpitaux de Paris. Il arrive que nous fassions une confusion maintenant entre ces deux syndicats que vous avez séparés par propre vouloir. Vous êtes Président du Syndicat des Médecins Anesthésistes français, et je ne vois pas pourquoi vous n'êtes plus à même de conduire ce Syndicat que vous avez si bien conduit jusqu'à maintenant, tout comme M. AMIOT, Mme du BOUCHER Melle DELAHAYE pourraient le faire. Je ne conteste pas leurs qualités, mais puisque vous avez si bien fait je ne vois pas pourquoi à la tête des Médecins Anesthésiologistes français il ne pourrait y avoir que l'un de ces trois médecins adjoints des hôpitaux".

M. BOUREAU :

Je vais vous répondre. Je vous disais à l'instant que dans toutes les commissions où nous avons siégé, nous nous sommes rencontrés avec des représentants des autres Syndicats, Syndicat des Chirurgiens, des Radiologistes, etc... Presque toujours les Présidents de ces Syndicats sont des Chefs de service, et dans les discussions contradictoires auxquelles nous prenions part, nous avions le sentiment de nous trouver dans un état d'infériorité, ou plus exactement nous étions considérés par les autres comme étant dans un état d'infériorité parce que sur le plan hospitalier nous n'avions pas d'équivalence. Je crois sincèrement que ce motif est juste et que des anesthésistes ayant rang de chefs de service pourront parler en notre nom avec bien plus d'autorité.

M. AMIOT :

Oui, mais il faudra attirer l'attention de vos successeurs pour qu'ils défendent la cause non pas seulement des anesthésiologistes des Hôpitaux, mais de tous les autres, car il y en a qui ne font pas partie du Syndicat des Hôpitaux.

M. BOUREAU :

Ils pourront être secondés par d'autres choisis parmi nous, mais il me paraît essentiel que la présidence du Syndicat soit confiée à un Chef de service.

M. SIMON :

Je ne vois pas pourquoi il faudrait que le Président du Syndicat des Médecins Anesthésiologistes Français soit nécessairement un Médecin des Hôpitaux pour discuter des intérêts communs. Je crains que les intérêts de ceux des Hôpitaux ne viennent noyer les intérêts de ceux qui n'en sont pas. Il faut tout de même envisager l'intérêt de ceux-ci, car la question ne s'est jamais posée qu'on soit des Hôpitaux pour être anesthésiologiste français.

M. LASSNER :

Le fait que nous ayons parmi nous des chefs de service est un appui très important pour le représentant qui discute en notre nom, mais ce représentant ne doit pas obligatoirement être chef de service lui-même. Le Président peut se démettre de ses fonctions s'il le désire, mais il est investi par un vote de confiance, par conséquent il ne lui appartient pas de désigner son successeur. C'est à nous tous de choisir un nouveau Président ou de renouveler le mandat du président actuel.

M. SIMON :

Nous chérissons beaucoup les trois collègues que vous avez nommés, mais en désignant votre successeur vous faites un acte de dictature et ceci n'est pas régulier.

M. BOUREAU :

Vous avez mal interprété mes paroles. Si je les propose à votre choix, ce n'est pas en tant qu'individus, mais parce qu'ils sont Chefs de Service, et que j'estime - quant à moi - que le représentant du Syndicat doit être désormais choisi parmi eux, sans pour autant qu'il faille imaginer qu'ils défendront les seuls intérêts des Anesthésistes hospitaliers sous prétexte qu'ils font partie du cadre hospitalier. J'ajoute que je suis très flatté de votre insistance à vouloir me conserver à votre tête, mais il s'agirait aussi de savoir si je demeure toujours candidat.

M. AMIOT :

Je dirai, pour ma part, que celui qui ne serait pas des Hôpitaux aurait beaucoup plus d'autorité pour contrer une opinion qui ne nous est pas toujours favorable ! Il sera toujours très difficile à quelqu'un qui fait partie du personnel des Hôpitaux de se mettre en opposition et de livrer bataille. Celui qui est en dehors pourra le faire avec beaucoup plus de liberté.

M. MAROGER :

Il y aurait peut être lieu de fonder un Syndicat nouveau : celui des Anesthésiologistes hospitaliers français. Tout ceci pourrait être fait sans compliquer la Bureaucratie, sans augmenter beaucoup les cotisations, et en revanche, pourrait dans certains cas rendre de grands services. Dans cette question particulière précisément, je me demande si un Syndicat (ou une section de notre Syndicat) groupant tous les Anesthésiologistes nommés au concours dans les Hôpitaux de France et présidé par le plus titré d'entre eux ne pourrait pas utilement prendre position dans la révision de la nomenclature que nous voulons tous. Un tel Syndicat grouperait actuellement au moins soixante membres, et ce qui est plus important pourrait dire "... nous sommes des Spécialistes nommés au Concours, et nous exigeons une Nomenclature de Spécialistes, indépendante de l'acte chirurgical..... Ceci ne supprimerait en rien le rôle du Syndicat National qui devra s'efforcer de grouper de vrais spécialistes de l'Anesthésiologie, qu'ils soient nommés au concours ou non.

M. BOUREAU :

Nous n'allons pas nous perdre en discussion sur ce sujet tout à fait secondaire. Nous avons trois mois pour en parler entre nous. Des opinions ont été émises, chacun de nous va y réfléchir.

Quelqu'un a-t-il une autre question à poser ?

M. LASSNER :

Un mot au sujet des Colloques d'Anesthésiologie : vous avez parlé de la création d'une Société d'Anesthésiologistes de Langue française, cette société ne pourrait-elle pas organiser ces colloques ?

M. BOUREAU :

C'est Melle DELAHAYE et MAROGER qui ont abordé cette question.

M. LASSNER :

Je me demande si nous ne pourrions pas sortir de notre difficulté actuelle en confiant la charge d'organiser ces Colloques à cette nouvelle société ? L'idée me paraît intéressante.

Une deuxième observation concerne une réflexion que vous avez faite au sujet des aides anesthésistes. Vous avez mentionné qu'à votre idée leur place serait surtout, ou exclusivement, à l'Hôpital. Je crois que nous sommes devant un problème d'un ordre juridique, à savoir : quels sont les actes défendus aux non-médecins ? Quels sont les actes qu'une infirmière peut légalement pratiquer ? Et si nous admettons que des infirmières ont les qualités nécessaires pour faire acte d'anesthésiste, je ne vois pas pourquoi et comment on pourrait les limiter sur le plan géographique ?

M. BOUREAU :

Je vais vous répondre tout de suite : je vous ai exposé les conclusions d'une réunion qui a eu lieu au Ministère de la Santé et au cours de laquelle seule la question des infirmières hospitalières avait été envisagée. Ceci ne préjuge donc en rien des attributions de l'infirmière-anesthésiste en dehors du milieu hospitalier.

M. LASSNER :

Si le Ministère estime que des Infirmières convenablement préparées et instruites peuvent pratiquer l'anesthésie

M. BOUREAU :

Pardon : peuvent être des auxiliaires du Médecin-Anesthésiste. C'est ce point que j'ai voulu souligner, cette position prise par le ministère qui considère que l'infirmière-anesthésiste ne saurait donner des anesthésies que sous la surveillance, ou du moins sous la responsabilité du médecin-anesthésiste.

M. LASSNER :

Evidemment. Mais faudra-t-il tirer l'autre conclusion : "qui ne peuvent pratiquer sous leur propre responsabilité ni sous la responsabilité d'autrui, y compris le chirurgien en l'absence du médecin-anesthésiste". Qu'on prenne l'une ou l'autre des attitudes.

M. SIMON :

Est-ce que je peux parler de la qualification ? Je n'ai pas pu venir à la dernière séance du Syndicat quand vous avez parlé, je crois, de la qualification. Une idée m'est passée par la tête, bonne ou mauvaise, je vous la soumets. La majeure partie d'entre nous est pour la qualification des anesthésistes. C'est une arme à double tranchant, car le jour où nous serons qualifiés, ne pourront signer les feuilles d'assurances sociales que ceux qui seront qualifiés (mouvements divers, protestations). Si, si... et ipso facto seront qualifiées certaines infirmières.

M. BOUREAU :

Mais non, ce n'est pas cela du tout. La qualification n'est faite que pour les médecins ; il n'a jamais été question de qualifier les infirmières.

M. SIMON :

Pour le moment la Sécurité Sociale rembourse les actes d'anesthésie à tout médecin... (Protestations, mouvements divers)... La loi ne joue

pas sur la qualification. Le jour où tout médecin ne pourra pas signer une feuille d'anesthésie et que l'anesthésie deviendra un acte de "qualifié"...

M. BOUREAU :

Je vous arrête, vous êtes dans l'erreur. Tout médecin pourra toujours pratiquer une anesthésie, de même que tout médecin est autorisé à ouvrir un ventre si, en conscience, il s'en juge capable. Vous êtes libre de pratiquer n'importe quel acte médical et de signer une feuille de Sécurité Sociale pour l'acte accompli. La qualification ne limite en aucune façon le libre exercice médical ; c'est simplement une étiquette d'appellation contrôlée, qui vous attribue aux yeux de la clientèle une compétence particulière dans un domaine particulier.

M. SIMON :

Oui. Mais la Sécurité Sociale vous a opposé à un moment donné cet argument, disant : "Vous n'êtes pas qualifié, je ne rembourse pas". A un moment donné vous avez dû lutter contre cette affirmation de la Sécurité Sociale qui soutenait qu'elle avait le droit de ne pas rembourser ceux qui ne sont pas qualifiés. Vous avez gagné, c'est possible, mais cela peut ne pas se reproduire.

M. BOUREAU :

Je m'excuse de vous couper encore, mais c'est exactement la raison du rapport que VERHAEGHE doit nous faire tout à l'heure, nous avons déjà discuté à perte de vue sur cet arrêté du 1er Décembre 1947, dont je disais qu'il était inique, précisément parce qu'il n'y a pas encore d'anesthésistes qualifiés. Et c'est pour obvier à l'absurdité de ce texte, pour sortir de cette impasse, qui met aux prises la Sécurité Sociale et l'Ordre des Médecins, que notre ami VERHAEGHE va nous proposer un projet de modification de la nomenclature, dans l'espoir de mettre un terme à la situation confuse dans laquelle nous nous trouvons aujourd'hui.

M. LASSNER :

Je m'excuse de prendre la parole encore une fois. Je voudrais vous communiquer les résultats du petit calcul que je viens de faire. Notre Syndicat comporte 110 membres dans un corps médical d'environ 35.000 individus...

M. MAROGER :

38.000...

M. LASSNER :

Alors, mon calcul est faux, mais il n'en est que plus probant. Cela fait un anesthésiste syndiqué sur environ 320 médecins ! J'ai lu récemment que le nombre d'anesthésistes membres des syndicats de cette profession aux Etats-Unis était de près de 4.000 anesthésistes sur un corps médical de 150.000 individus, c'est-à-dire un anesthésiste sur 38 médecins !

M. BOUREAU :

Si personne n'a plus de question à poser, nous allons passer à la communication suivante.

ORGANISATION ET FONCTIONNEMENT DE L'ANESTHESIOLOGIE A TOULOUSE ET DANS LA REGION TOULOUSAINE

Mme RIEUNEAU-SERRA (Toulouse)

M. BOUREAU :

Vous savez qu'il est de tradition, depuis l'institution de nos Congrès, de demander aux présidents des sections provinciales récemment créées de nous exposer le fonctionnement de l'anesthésiologie dans leurs provinces. Je crois que nous avons pris là une excellente habitude qui nous permet de mieux connaître les conditions d'exercice et les besoins de la spécialité dans les différentes régions de notre pays, alors que chacun de nous a peut-être tendance à juger les questions intéressant la collectivité sous l'angle étroit de son organisation régionale. Nous avons beaucoup à apprendre les uns des autres et je suis certain que la confrontation d'organisations souvent très différentes peut être pour tous fertile en enseignements.

Une section nouvelle a été créée cette année dans la région de Toulouse. Mme RIEUNEAU, qui en est la présidente, va nous exposer le fonctionnement de la spécialité dans ce coin de France, aussi bien sur le plan hospitalier que sur le plan de la pratique privée.

Mme RIEUNEAU :

L'anesthésiologie dans la Région Toulousaine a reçu sa première impulsion en 1948, par la création à la Faculté de Médecine de Toulouse d'un Institut d'Anesthésiologie.

Dès notre retour des Etats-Unis et du Canada, où nous avions fait un séjour d'une année, l'enseignement de l'anesthésiologie a été organisé dans le Service de notre Maître M. le Professeur J. DUCUING, Directeur de l'Institut d'Anesthésiologie.

Nous exposerons successivement :

1°/- L'enseignement de l'Anesthésiologie à Toulouse ;

2°/- L'organisation de cette spécialisation dans les Hôpitaux ;

3°/- Sa diffusion à la clientèle privée ;

4°/- Son statut sur le plan Syndical et Mutualiste.

Nous terminerons en mettant l'accent sur l'avenir de l'anesthésiologie qui doit se hausser, à notre avis, au rang d'une spécialité médicale majeure.

1°/- L'enseignement de l'anesthésiologie à Toulouse -

Dès le mois de Novembre 1948, dans le cadre de l'Institut d'Anesthésiologie, et à l'exemple de la Faculté de Médecine de Paris, qui avait organisé cet enseignement en 1947 sous la Direction de M. le Professeur MOULONGUET, l'anesthésiologie a été enseignée à Toulouse, au double point de vue théorique et pratique.

Au point de vue théorique, les Professeurs d'Anatomie, de Physiologie, de Chimie à la Faculté, les Professeurs de Clinique chirurgicale et leurs Assistants dans les Hôpitaux ont participé à cet enseignement sur un programme analogue à celui de Paris. Les programmes avaient été unifiés par une Commission, par M. le Doyen BINET et MM. les Professeurs MOULONGUET et DUCUING.

Au point de vue pratique, l'enseignement de l'anesthésie et de la réanimation a été fait dans le Service de Clinique Chirurgicale de M. le Professeur DUCUING, au Centre Régional Hospitalier de Purpan.

Au cours de l'année scolaire 1948-1949, sept diplômes ont été délivrés par la Faculté, conformément aux Arrêtés Ministériels de l'époque.

Au cours des années scolaires 1949-1950 et 1950-1951, et après l'examen de Juillet 1951, six Certificats d'Etudes Spéciales ont été délivrés à nos élèves, ce qui porte à treize le nombre des anesthésistes de la Région Toulousaine ayant suivi régulièrement les cours et travaux pratiques aboutissant à leur qualification régulière en anesthésiologie. Actuellement, dix élèves sont en cours d'études pour le cycle 1950-1952.

Nous ne nous arrêterons pas sur l'organisation de l'enseignement théorique qui, étalé sur une année en 1948-1949, puis sur deux années en 1949-1951, ne comporte aucun élément d'originalité.

Par contre, nous tenons à préciser les modalités de l'enseignement pratique donné à nos élèves.

Leur stage hospitalier obligatoire comporte la présence quotidienne dans le Service et l'obligation de prendre une garde de 24 heures consécutives tous les huit jours. De cette façon nous n'avons jamais plus eu recours, depuis trois ans, à d'autres anesthésistes que ceux qui s'étaient régulièrement inscrits pour l'obtention du Certificat d'Etudes Spéciales. Leur présence quotidienne a permis un travail d'équipe et un enseignement mutuel

de qualité ; elle a obligé nos élèves à se familiariser avec les "routines" de l'examen pré-opératoire du malade chirurgical et des soins post opératoires. A l'encontre de ce que nous avons vu pratiquer ailleurs, nous n'avons jamais permis que soient dissociés les rôles de l'anesthésiste et du réanimateur. Nos élèves ont la responsabilité pré, per et post opératoire du malade qui leur est confié ; bien entendu leur travail est supervisé et ils ont la certitude de trouver auprès de leurs camarades plus anciens les conseils qu'exige parfois leur inexpérience ; l'utilisation d'une feuille d'anesthésie, très détaillée, portant sur les trois périodes de leur responsabilité d'anesthésiste leur simplifie l'acquisition des réflexes qui leur permettra de ne rien omettre de ce qui doit apporter à leur malade la sécurité et le confort. La conservation des feuilles d'anesthésie dans l'observation permet un contrôle de leur travail pendant leur stage hospitalier.

Cette méthode d'enseignement peut paraître, à première vue, assez sévère pour nos élèves, en raison de l'obligation du stage hospitalier effectif de deux années consécutives. En réalité, c'est une garantie de plus de la qualité de leur formation technique. Chaque semaine, dans le Service de notre Maître, M. le Professeur DUCUING, une moyenne de 20 à 30 malades sont opérés. Toutes sortes d'interventions chirurgicales y sont pratiquées (chirurgie digestive, osseuse, pulmonaire et cardiaque), de telle façon que les médecins anesthésistes peuvent se familiariser avec les différents problèmes posés pour chacune de ces interventions. Chaque anesthésiste doit présenter une moyenne de 200 anesthésies faites par lui chaque année. Un contrôle permanent par un assistant d'anesthésie et la tenue d'un cahier d'anesthésie rendent facile cette surveillance.

Ce rythme n'a pas manqué de déterminer des défections au début de chaque année scolaire, parmi les médecins inscrits pour le Certificat d'Anesthésiologie et qui n'ont rien voulu sacrifier de leur activité médicale ; de même, un certain nombre d'élèves se sont révélés assez peu doués pour assumer les responsabilités qu'implique le rôle dévolu à l'anesthésiste : nous leur avons conseillé d'abandonner une spécialisation qui ne correspondait pas à leurs possibilités. Ces deux moyens de sélection nous ont permis de ne présenter aux épreuves du Certificat d'Etudes Spéciales d'Anesthésiologie que des candidats ayant fait leurs preuves pendant leur scolarité régulière : 7 en 1949, 6 en 1951, 10 en 1952, ce qui porte à 23 le nombre actuel de nos élèves.

2°/- <u>L'organisation de l'Anesthésiologie dans les Hôpitaux</u> -

Pendant l'année 1948, l'anesthésie réanimation n'a pu être mise au point que dans le Service de notre Maître le Professeur DUCUING puisque c'est dans ce Service que se faisait l'enseignement de la spécialité.

Nous avons été grandement aidés dans l'organisation du Service d'Anesthésie de M. le Professeur DUCUING par la compréhensive générosité de la Commission administrative des Hospices de Toulouse et par un don très important de la Rockefeller Foundation.

Dès 1949, nous avons demandé à nos Diplômés d'assurer les fonctions d'anesthésiste dans certains Services des Hôpitaux ; en 1949, un Concours d'Assistant d'Anesthésie pour une place, en 1950 un Concours pour 3 places ont permis de préciser la vocation de nos anesthésistes pour la vie hospitalière et ses responsabilités techniques (Mme RIEUNEAU en 1949, Mme BOISSON, MM. GOLDBERGER et CAMPAN en 1950).

Huit Salles d'opération sont groupées en un seul bloc opératoire à l'Hôpital de Purpan pour les Services de Clinique Chirurgicale des Professeurs LEFEBVRE et DUCUING. Les anesthésies sont données par deux Assistants d'Anesthésie (Mme RIEUNEAU et M. GOLDBERGER) et par les élèves du Certificat d'Etudes Spéciales d'Anesthésiologie. Mme BOISSON assure les anesthésies des Services d'Urologie du Professeur FABRE et de la Clinique d'Accouchement et de la Maternité des Professeurs GUILHEM et PONTONNIER à La Grave, M. CAMPAN celles du Service de Neuro Chirurgie du Professeur LAZORTHES à Purpan, M. TRICOIRE au Sanatorium (Service du Professeur DAMBRIN), Mlle POUVILLON en Chirurgie Infantile (Professeur VIRENQUE), Mlle BICHAIN au Centre Anti-Cancéreux (Dr. ESTRADE), et en O.R.L. (Professeur CALVET).

Tous les Services des Hôpitaux de Toulouse n'ont pu encore être pourvus d'un Assistant d'Anesthésie, mais nous espérons y parvenir lorsque le nombre de nos élèves sera suffisant pour assurer simultanément la demande (très pressante) de la clientèle privée et celle (moins rémunératrice) des Hôpitaux.

Une circulaire récente du Ministre de la Santé précise que les anesthésistes pourront être rémunérés dans les Hôpitaux sur la base des prestations adoptées en matière de chirurgie par la Sécurité Sociale ; ce serait là un moyen de retenir au service de la collectivité hospitalière les anesthésistes "tentés" par les "réalités" de la clientèle privée (Circulaire N° 129 du 6 Juillet 1951).

3°/- Diffusion de l'anesthésie moderne en clientèle privée -

L'ostracisme dont nous avons toujours fait preuve à l'égard des auxiliaires médicaux a permis de ne pas tomber dans l'erreur qui aurait consisté à donner à des infirmières des responsabilités qui dépassent leur compétence ; nous restons convaincus, à Toulouse, que leur place est mieux choisie pour la mise en oeuvre des soins post opératoires comme il a été fait dans le Service de M. le Professeur DUCUING.

Pour la surveillance et les soins post-opératoires, il a été créé, dans le Service de M. le Professeur DUCUING, des postes d'infirmiers ou infirmières spécialisés. Ces auxiliaires médicaux, très précieux, sont capables d'assurer la surveillance continuelle que demandent les gros opérés - prise de tension - P - R - toutes les ½ h., puis toutes les heures après l'opération - mise en place de perfusions - injections des médicaments prescrits. Ils font appel à l'anesthésiste de garde, à l'assistant d'anesthésie ou à l'interne s'ils jugent grave l'état du malade. Quatre postes d'auxiliaires médicaux ont ainsi été créés. Nous espérons dans un avenir très prochain pouvoir en fournir aux autres services chirurgicaux.

Nous avons engagé, en 1948, une action en faveur de l'anesthésie moderne, telle que nous l'avions apprise de nos Maîtres Américains et Canadiens. Dès 1949, les chirurgiens toulousains, d'abord hésitants, puis enthousiastes, ont fait appel à nos élèves et, peu à peu, le protoxyde éther oxygène, puis le pentothal curare oxygène ont conquis droit de cité dans toutes les cliniques privées de Toulouse. Il faut bien dire que nous avons été aidés par la clientèle elle-même qui a fini par exiger l'usage de techniques anesthésiques diffusées par la grande presse et par le prosélytisme communicatif de ceux-là mêmes qui avaient pu apprécier le confort et la sécurité de l'anesthésie moderne.

Il n'est pas jusqu'aux centres chirurgicaux voisins qui ne se soient mis à l'unisson, tels Albi, Carcassonne, Clermont-Ferrand, Moissac, Castelsarrasin, Narbonne, Pamiers, où beaucoup d'anesthésies sont données par des Médecins spécialistes qualifiés qui ont suivi notre enseignement (quatre) ou celui de Paris. Ainsi s'organise, peu à peu, l'anesthésie en clientèle privée ; elle s'améliorera avec le nombre croissant des Médecins anesthésistes qualifiés.

4°/- Statut de l'Anesthésie sur le plan Syndical et Mutualiste -

En attendant le temps, que nous espérons proche, où la qualification des anesthésistes aura transformé leur "compétence" en "spécialisation" au sein de l'Ordre des Médecins et des Syndicats, nous avons invité nos élèves toulousains à s'inscrire simultanément au Syndicat des Médecins de la Haute-Garonne et au Syndicat National des Anesthésistes. Leur admission n'a pas fait de difficulté et nous a permis de créer une Section Toulousaine du Syndicat National.

Nous voudrions mettre l'accent sur la sévérité qui devrait présider aux admissions des anesthésistes au sein du Syndicat National. Nous pensons que la période des admissions par cooptation est passée ; elle donne lieu à des admissions discutables sur le double plan des titres et de la compétence. L'enseignement de l'anesthésiologie est, maintenant, organisé depuis 4 ans à Paris, depuis 3 ans à Toulouse et, bientôt, toutes les Facultés auront organisé l'enseignement aboutissant à la délivrance du Certificat d'Etudes Spéciales en

Anesthésie qui, à partir d'Octobre 1951 sera attribué après un examen "national" sanctionnant deux années d'Etudes. Ce Certificat, qui légitime une spécialisation indiscutable, nous paraît devoir être exigé des futurs candidats pour une éventuelle qualification officielle, pour l'admission comme "spécialiste" au Tableau de l'Ordre des Médecins ou comme membre du Syndicat National des Anesthésistes. C'est le point de vue que nous avons toujours défendu pour la Région Toulousaine et nous pensons que la spécialisation en anesthésie ne peut qu'y gagner en qualité et en légitimité. Nous pensons, également, que, tôt ou tard, le spécialiste en anesthésie devrait pouvoir abandonner la médecine générale pour se consacrer à une spécialité dont la nécessité et l'efficience ne sont plus contestées par personne.

Enfin, sur le plan de la Mutualité et des Assurances Sociales, l'anesthésie n'a eu aucune difficulté, dans la Région Toulousaine, à obtenir son admission effective comme spécialité. En effet, si le barème officiel de la Sécurité Sociale joue automatiquement en matière de Sécurité Sociale (20 % des honoraires chirurgicaux au-dessous de K 100 ; 30 % au-dessus de K 100), les Mutualités de notre Région ont admis la dissociation de K (fixé à 210) de l'anesthésiste de celui du Chirurgien, supprimant ainsi cette irritante sujétion concrétisée par l'abattement de 10 % des honoraires chirurgicaux, que nous espérons dans un proche avenir voir disparaître de la nomenclature des actes en matière de Sécurité Sociale. L'anesthésiologie a atteint sa majorité et les avantages techniques qu'elle apporte aux Assurés Sociaux pour leur bien-être pré, per et post opératoire méritent bien d'être reconnus par cette modification d'un barème qui doit répondre aux réalités de notre époque.

Si nous voulions résumer nos voeux en matière d'organisation de l'anesthésiologie dans la Région Toulousaine, nous demanderions :

1°/- L'admission urgente de l'anesthésiologie comme spécialité médicale au sein de l'Ordre des Médecins, avec toutes les conséquences éventuelles de cette qualification au double point de vue médico légal et professionnel ;

2°/- La spécialisation "intégrale" des anesthésistes ;

3°/- La modification de la Nomenclature des actes médicau en matière de Sécurité Sociale pour supprimer la "pénalisation" de 10 % encourue par le chirurgien utilisant les services d'un anesthésiste qualifié;

4°/- La mise en pratique, dans les Hôpitaux, de la récente circulaire ministérielle prévoyant une rémunération, à l'acte, des anesthésies conformément aux modalités d'application déjà en pratique pour les actes chirurgicaux.

Nous nous excusons de la longueur de notre exposé, nous avons fait de notre mieux à Toulouse, depuis 1948, sous l'égide bienveillante de nos Maîtres de la Faculté et des Hôpitaux, et plus particulièrement de M. le Professeur DUCUING, pour donner à l'anesthésie la place qu'elle mérite comme spécialité médicale majeure.

o
o o

M. BOUREAU :

Quelqu'un demande-t-il la parole à propos de la communication de Mme RIEUNAU ?

M. LASSNER :

Je voudrais poser une question à Mme RIEUNAU sur un sujet qui m'intéresse beaucoup. Vous disiez que vos élèves ont une responsabilité pré, per et post opératoire en ce qui concerne les soins à donner aux opérés. Vous nous avez dit d'autre part que les infirmières chargées de la surveillance pendant la période post-opératoire peuvent s'adresser à leur choix à l'anesthésiste de garde, à l'assistant ou à l'interne. Il y a là un problème qui intéresse tous les hospitaliers, de savoir comment organiser l'entente entre ces nouveaux venus dans les services chirurgicaux et ceux auxquels incombe habituellement dans les services de chirurgie toute responsabilité en dehors de la matinée, c'est-à-dire les internes. Voulez-vous me dire comment ce problème épineux a été résolu chez vous ?

Mme RIEUNAU :

Nous formons à Toulouse une équipe chirurgicale et anesthésique qui est un bloc homogène et il n'y a pas de difficulté à vaincre, ni de tendance à se formaliser mutuellement de ce que l'anesthésiste ou l'interne pourrait faire. Nous voyons simplement le bien-être du malade et on peut faire indifféremment appel à l'anesthésiste ou à l'interne, suivant que l'infirmier ou l'anesthésiste de garde juge que c'est un problème d'anesthésie ou de réanimation, ou un problème chirurgical qui se pose. De toutes façons, il y a toujours dans le service un anesthésiste et un interne. Chacun d'eux décide en entente vraiment cordiale comment peut se résoudre ce problème.

M. LEMOINE :

Les infirmières n'ont pas seulement leur utilité dans les suites opératoires, mais au cours même de l'opération. Il est vraiment utile d'avoir dans une salle d'opération une infirmière intelligente, capable de brancher un aspirateur, de surveiller une perfusion, de prendre une tension ou de tenir une feuille d'anesthésie, lorsqu'on a les deux mains occupés à une respiration contrôlée. On ressent cette carence dans certains milieux chirurgicaux peu évolués. Dans ces cas, pratiquer une intubation sous penthotal-curare starter, prend l'allure d'un petit tour de cirque, par la rapidité des gestes que l'opérateur doit faire entièrement seul. Je crois qu'il faut souhaiter l'éducation d'infirmières capables, qui ne prendront pas forcément notre place. L'intubation, par exemple, est un acte médical, qui n'est pas du domaine de l'infirmière. Le chirurgien qui le laisserait pratiquer endosserait une responsabilité très lourde en cas d'accident.

M. SIMON :

J'attire l'attention de M. LEMOINE sur le fait qu'il y a des quantités d'infirmières qui font des intubations.

M. LEMOINE :

Mais ce n'est pas légal.

M. SIMON :

Légal ou pas légal, quand la qualité des infirmières sera légalisée, elles les feront encore mieux ! Il y a des quantités d'infirmières qui le font déjà d'une façon illégale. Dès qu'elles seront qualifiées un pas de plus sera franchi, et infirmières ou infirmiers le feront peut-être aussi bien que nous ! La question n'est pas là. On se trouve devant la cause des médecins anesthésistes. Nous ne sommes pas là pour défendre les infirmières. Je ne conteste pas leur capacité, mais il est logique que nous réservions ces choses difficiles aux médecins. Il y a des quantités d'actes d'intubation, de curare, de cyclopropane que toutes les sages-femmes et les infirmières font couramment. Elles ne le font pas toutes, mais beaucoup le font !.

Mme CARETTE :

On nous envoie tout de même des infirmières stagiaires, j'en ai encore reçu trois cette année.

Mme RIEUNAU :

Quant à nous, nous les refusons.

Mme CARETTE :

Il y a des choses qu'il est parfois difficile de refuser. Or, après 2 à 3 semaines de stage, elles demandent à faire des intubations. J'en connais même qui, n'ayant pas le diplôme d'infirmière, veulent préparer le certificat et intubent déjà.

M. BOUREAU :

Ce n'est pas possible, car pour s'inscrire au certificat, les infirmières doivent être diplômées d'Etat. Sur la question de fond, je répondrai qu'il y a une erreur à la base, en ce sens que dans l'enseignement donné aux infirmières à la Faculté de Médecine de Paris on parle de l'intubation. Qu'on en parle, c'est très bien, mais il faudrait ajouter que cet acte, strictement médical, est interdit aux infirmières. C'est là où est l'erreur.

M. LEMOINE :

Mais si des infirmières ou des infirmiers sont légalement autorisés à pratiquer des anesthésies on doit leur apprendre la technique de l'intubation. C'est un cercle vicieux.

M. BOUREAU :

Nullement, on peut très bien admettre une limitation de leur compétence. Si on ne l'admet pas, alors il faut se contenter, pour les auxiliaires, d'un simple rôle d'assistance auprès du médecin-anesthésiste.

M. LASSNER :

Je voulais précisément insister sur ce point. C'est tout ou rien. Si on enseigne aux infirmières l'anesthésie il faut tout leur apprendre, il n'y a pas de limites. Ou bien on les cantonne dans un acte d'auxiliaire, alors il faut imposer la présence d'un médecin spécialiste au moment où l'anesthésie est pratiquée et il faut limiter l'infirmière à un rôle d'auxiliaire. Il n'y a pas d'autre solution.

Enfin, il est tout de même extraordinaire de penser qu'on continue à faire des séparations entre certains produits qu'on peut confier à l'infirmière et d'autres qu'on ne peut pas lui confier sous des prétextes tout-à-fait fallacieux, alors qu'il est évident que cette limitation n'est pas possible et qu'il faut arriver à une solution de principe.

M. MAROGER :

Pour ma part, je me suis toujours refusé à instruire des infirmières, et cette attitude n'a pas été sans me causer beaucoup de tort, tant à Paris qu'en Province. J'estime, en effet, que juridiquement, moralement et pratiquement, l'opérateur ne peut être responsable d'un auxiliaire médical que si il l'a instruit lui-même. C'est pourquoi j'instruis volontiers des confrères chirurgiens, en leur laissant le soin de "dresser" ensuite leur auxiliaire.

M. BOUREAU :

Je pense que ce problème de la limitation de compétence des infirmières est parfaitement soluble. J'admets bien volontiers que dans les petits centres les chirurgiens se contentent des services d'une infirmière, mais croyez-vous que dans ces petits centres on pratique la très grande chirurgie ? Certainement pas ; les interventions qui y sont faites rentrent dans le cadre de ce que nous appelons volontiers la chirurgie courante, qui ne nécessite tout de même pas des intubations systématiques.

M. LEMOINE :

Les infirmières anesthésistes ont une situation assez semblable à celle des sages-femmes à l'égard des Médecins-Accoucheurs. En province, les sages-femmes disparaîssent peu à peu ; la clientèle a une préférence pour les médecins-accoucheurs. De même, la clientèle aimera mieux un Médecin-Anesthésiste qui pratiquera un examen pré-opératoire, prendra ses responsabilités, assurera une surveillance post-opératoire.

M. SIMON :

C'est un peu différent parce qu'on choisit son accoucheur ou sa sage-femme, on ne choisit pas son anesthésiste ; c'est le chirurgien qui décide.

M. HERBEAU :

Ne serait-il pas possible, à l'occasion du Congrès International, de faire connaître au grand public les progrès réalisés en anesthésie depuis la guerre.

M. BOUREAU :

C'est déjà fait. Vous savez qu'HUGUENARD et moi-même nous faisons partie du Comité d'Organisation du Congrès International. A ce titre, j'ai fait deux conférences de Presse, le 8 Mai et tout récemment, le 13 Septembre, dont la première avait pour but essentiel d'exposer les progrès réalisés en anesthésie depuis la guerre et l'évolution de la Spécialité dans notre pays sur les différents plans de l'enseignement, de l'organisation hospitalière, de l'organisation Syndicale. La grande Presse a diffusé à l'époque de larges extraits de ma conférence. Tous les journalistes ont été invités au Congrès International ; ils pourront donc entendre les rapports et communications, voir les films qui seront projetés, et ils recevront en fin de congrès un résumé d'ensemble. Ils pourront ainsi se rendre compte que l'anesthésie moderne n'est pas un acte simple et diffuser ces constatations auprès du Grand Public.

M. HERBEAU :

C'est certainement ce qu'il y a de plus efficace.

M. BOUREAU :

Personne ne demande plus la parole ?

Je remercie Mme RIEUNAU de sa très intéressante communication.

La parole est à M. VERHAEGHE.

PROJET DE REVISION DE LA NOMENCLATURE CONCERNANT LES ACTES D'ANESTHESIE

J. VERHAEGHE (Lille)

M. VERHAEGHE :

Je désire d'abord faire une petite mise au point : notre ami BOUREAU vous a annoncé que j'allais vous parler du différend qui oppose, à notre sujet, l'Ordre des Médecins et la Sécurité Sociale ; ce n'est pas l'objet du rapport que je dois vous présenter aujourd'hui.

Il est question d'un projet de nomenclature à discuter avec la Sécurité Sociale. Le rapport sur le différend avec la Sécurité Sociale à propos des qualifications, je vous l'ai fait le 14 Juin. (1).

Je ne demande pas mieux que de vous en reparler très brièvement (puisque certains d'entre vous n'étaient pas là) de façon à enchainer un peu les deux questions (qui se rejoignent évidemment) ; je me bornerai pratiquement à évoquer, si vous voulez, les conclusions que j'avais présentées.

Tout d'abord, je rappelle le problème lui-même, qui est le différend absolu qui oppose la Sécurité Sociale et l'Ordre des Médecins à propos de la qualification des Anesthésiologistes : l'Ordre des Médecins refuse de façon absolue de réunir les commissions de qualification tant que subsiste l'article 10 du réglement de Sécurité Sociale, article 10 qui dit que la Sécurité Sociale rembourse certaines anesthésies modernes à l'anesthésiste qualifié. Tant que ce terme de "remboursement à l'anesthésiste qualifié" demeure dans le réglement de la Sécurité Sociale, l'Ordre des Médecins ne fera pas de qualifications et il n'y aura pas d'anesthésistes qualifiés, ce qui fait qu'on ne pourra pas faire jouer cet article.

Cet article en effet, soutient l'Ordre des Médecins, est contraire au principe même de l'Ordre, puisqu'il s'attaque à l'omnivalence du diplôme de Docteur en Médecine. Il est certain que si on laisse attaquer l'omnivalence du diplôme de Docteur en Médecine à propos de l'anesthésie, il sera attaqué ensuite pour d'autres branches de l'activité médicale.

---

(1) On trouvera ce rapport in extenso à la page 60.

MM. LASSNER et SIMON :

Il l'est déjà !

M. VERHAEGHE :

Oui, mais il le sera encore bien plus si on officialise un précédent. Nous comprenons donc très bien la position de l'Ordre des Médecins. En contrepartie, la Sécurité Sociale déclare : "Vous ne voulez pas qualifier, nous refusons de rembourser les anesthésies modernes, puisqu'en vertu même de l'arrêté, qui est un texte légal, nous ne devons rembourser qu'aux anesthésistes qualifiés."

C'est là qu'est intervenu le Syndicat avec notre ami BOUREAU qui a obtenu, grâce à la Confédération des Syndicats Médicaux français, que le statu quo persiste. C'est un problème à peu près insoluble. Il faut trouver un biais. Il faut arriver à ce que des qualifications soient possibles, en faisant en sorte que le remboursement ne soit pas lié de façon absolue à la qualification, tout en assurant au malade la qualité de l'acte.

J'abrège, je ne présente que le début et la fin de mon rapport. J'étais arrivé aux conclusions suivantes qui avaient été suivies par tous les membres du Syndicat qui étaient présents, à savoir que :

1°/- L'Ordre des Médecins doit sauvegarder l'intangibilité du diplôme de Docteur en Médecine.

2°/- L'Ordre des Médecins doit assurer la sécurité publique en faisant en sorte que les anesthésies selon les techniques modernes soient données en fait par des médecins compétents, et ceci d'une part, en mettant en garde officiellement tous les médecins contre les dangers des anesthésies modernes lorsqu'elles ne sont pas parfaitement données, d'autre part, en publiant la liste des médecins qui ont fait preuve de leur compétence en la matière.

3°/- Assurer un recrutement de valeur à cette spécialité par l'établissemen d'un statut de l'anesthésiologie, et doter les services hospitaliers de postes enviables, susceptibles d'attirer des sujets de valeur.

4°/- Faire dresser une nomenclature complète propre aux anesthésies spéciales modernes permettant à des Docteurs en Médecine de s'assurer une vie normale en se consacrant exclusivement à l'anesthésiologie.

5°/- Introduire dans la nomenclature une restriction liée à la manière dont l'acte est pratiqué et non pas au titre du praticien.

A ce sujet, je faisais allusion dans mon rapport au fait que l'on peut très bien admettre que l'anesthésiologiste suit son malade après l'intervention chirurgicale, tandis que le médecin qui n'est pas anesthésiologiste, qui est le médecin traitant ou un médecin de passage, donne l'anesthésie et disparaît. Il y a donc une différence de pratique qui peut intervenir dans un réglement sans que le titre même soit mentionné dans ce réglement.

6°/- Enfin, introduire dans le Code de Déontologie la notion de responsabilité, avec sanction en cas de faute professionnelle par dépassement de compétence.

Je m'aperçois, en énonçant ces conclusions, que plusieurs points ont été repris tout à l'heure par notre collègue toulousain et que nous sommes, au fond, bien d'accord.

Dans la discussion, nous étions d'avis d'intervenir auprès de l'Ordre des Médecins en faveur de ces différents points. La chose a été faite. Une commission mixte représentant la Confédération Générale des Syndicats Médicaux français et l'Ordre des Médecins doit se réunir et discuter de ces questions.

D'autre part, la nomenclature actuelle ne donne satisfaction ni aux médecins ni aux chirurgiens, ni aux anesthésistes. C'est pour cela que nous avons décidé de mettre aujourd'hui cette question à l'ordre du jour du Congrès National.

Avant d'aborder cette question, j'ouvre une petite parenthèse pour dire que le moment n'est peut-être pas des plus favorable pour aborder avec la Sécurité Sociale une question de nomenclature étant donné les difficultés financières qui se manifestent pour elle.

Mais il importe que le projet soit prêt afin d'en discuter, au moment favorable, avec les représentants de la Sécurité Sociale.

Prenons donc le problème de la Nomenclature depuis l'arrêté du 1er Décembre 1947 (Journal Officiel du 16-12-47). Par cet arrêté, l'article 10 de la Nomenclature a été modifié afin d'y faire entrer les anesthésies données par des médecins anesthésistes spécialisés, selon les techniques modernes.

La nomenclature concernant l'anesthésie est donc devenue :

A/- Lorsque l'anesthésie est donnée par un médecin et quelle concerne des actes en "Pc" ou en "K" au-dessous de K 12 elle est toujours cotée :

Pc 4 pour anesthésie générale de courte durée,
Pc 6 pour anesthésie générale de longue durée.

B/- Lorsque l'anesthésie est donnée par un médecin, mais concerne des actes en "K" supérieurs à K 12, elle est comprise dans le K global.

C/- Lorsque l'anesthésie est donnée :

1°/- par un médecin anesthésiste spécialisé,

2°/- et que celui-ci donne : - une anesthésie comportant l'emploi d'un circuit fermé ;
- ou une anesthésie continue par voie intraveineuse ou rectale ;
- ou une anesthésie combinée avec une curarisation.

3°/- et à condition que cette anesthésie soit nécessitée par l'état du malade ou par la nature de l'intervention.

il est alloué un honoraire spécial qui est chiffré :

2/10 du K pour les actes chirurgicaux jusqu'à K 100 inclus
3/10 du K pour les actes chirurgicaux au-dessus de K 100.

Si nous comparons cette cotation avec l'ancienne, nous constatons que rien n'est changé, si ce n'est que la Sécurité Sociale accepte de donner un petit supplément pour certaines anesthésies à condition qu'elles soient effectuées par un spécialiste qualifié et à condition encore que le type d'anesthésie soit indispensable pour l'opération envisagée.

<u>Un certain nombre de remarques s'imposent</u> :

1°/- Si l'anesthésie, selon les techniques modernes, est un progrès et si elle procure un supplément de sécurité pour l'opéré quand elle est correctement donnée (mais cette condition est implicitement à la base de tous les actes médicaux) il n'y a aucune raison pour qu'elle ne soit remboursée que dans des cas très particuliers.

2°/- La cotation en question ne concerne pas l'acte anesthésique en lui-même, mais s'adresse au spécialiste dont elle exige la participation. Quelques exemples suffiront à le mettre en évidence. Imaginons :

a/- qu'une anesthésie générale suivant les techniques modernes doive être donnée pour une cystostomie. Ce sera en général une anesthésie facile et de courte durée pouvant se donner sous Pentothal/Oxygène.

b/- D'autre part, une anesthésie pour cure de prolapsus utéro vaginal, on utilisera probablement le Protoxyde-Ether-Oxygène en circuit fermé.

c/- Une anesthésie pour Néphropexie (Hydronéphrose par vaisseau anormal sur rein unique). L'anesthésie devra être rigoureusement atoxique, par exemple : cyclopropane / O^2 ou mélange cyclopropane - protoxyde d'azote - O^2.

d/- Enfin, une anesthésie pour pneumothorax partiel chez un tuberculeux sécrétant ayant eu un pneumothorax intra pleural de l'autre côté. Dans ce cas, une anesthésie sous intubation trachéale avec aspiration bronchique sera nécessaire.

Nous nous trouvons devant 4 anesthésies aussi différentes que possible quant à leurs difficultés, leur complexité et leur prix de revient ; chirurgicalement, ces 4 interventions sont cotées K 60, donc ces 4 anesthésies, quoique si dissemblables, auront la même cotation soit 2/10 de K 60 = K 12.

3°/- Appliquée aux petits K, la cotation devient même paradoxale.

Imaginons qu'un anesthésiologiste soit demandé pour anesthésier un hypertendu âgé, cardio rénal, pour réduction et immobilisation plâtrée d'une fracture de l'extrémité inférieure du radius. La cotation de l'anesthésie donne, si l'on s'en tient au réglement en vigueur :

2/10 de K 12 = K 2,4.....

(alors que l'anesthésie au masque d'Ombredanne, par exemple, aurait autorisé le Pc 6).

D'ailleurs, si le même malade recevait la même anesthésie par le même anesthésiologiste pour une hernie non étranglée, sa cotation deviendrait 2/10 de K 40 = K 8.

La réglementation actuelle ne tient donc aucun compte de l'acte anesthésique lui-même et elle n'a fait qu'apporter au spécialiste un coefficient forfaitaire souvent ridicule.

4°/- L'INTUBATION TRACHEALE, n'est plus admise comme manoeuvre anesthésique, puisque la Sécurité Sociale n'accepte plus le remboursement du K 40, sous le fallacieux prétexte que l'intubation trachéale pratiquée pour anesthésie ne peut être comparée en importance avec l'intubation trachéale (manoeuvre de secours urgent) pratiquée en O.R.L.

Si, dans un grand nombre des anesthésies pratiquées suivant les techniques modernes, l'intubation trachéale n'est pas indispensable et si, dans la pratique courante, son emploi est plus souvent dû à la technique personnelle du spécialiste qu'à une indication absolue, il n'en reste pas moins vrai que lorsque l'indication est absolue cet acte prend une importance considérable qui peut être due :

- à sa difficulté (sujets obèses à cou épais et court ;
- aux risques qu'elle comporte, aussi bien dans l'immédiat que dans les suites ;
- au fait que sans elle l'intervention chirurgicale peut être impossible à réaliser (chirurgie thoracique) ; ou que sans elle l'intervention chirurgicale fait courir au malade des risques beaucoup plus grands (chirurgie du cou et de la face).

Il est inadmissible qu'un tel acte ne figure pas dans une nomenclature d'anesthésie et de considérer qu'il entre dans l'acte anesthésique lui-même (comme c'est le cas actuellement).

En vertu de ce principe on pourrait même dire qu'une hystérectomie qu'elle soit sub totale ou totale élargie, est toujours une hystérectomie et représente donc le même acte.

D'autant plus qu'il n'y a pas forcément de rapport entre l'importance de l'acte opératoire et la nécessité d'une intubation :

Par exemple, une intubation trachéale peut être nécessaire pour une grosse hernie par glissement chez un sujet énorme - 1 m 65 - 110 kgs - qui a toutes les chances d'être un insuffisant respiratoire. Si le chirurgien qui entreprend cette intervention risque de rencontrer des difficultés dans la cure de cette hernie, si des complications respiratoires, circulatoires ou de cicatrisation peuvent survenir dans les suites opératoires et si une récidive est possible, l'anesthésiste qui est chargé de l'anesthésie et qui doit pratiquer l'intubation court un risque bien plus considérable.

Si dans une telle opération, qui n'est pas grave en elle-même, un risque mortel immédiat peut exister, c'est à l'occasion de l'intubation que ce risque existe.

D'autre part, il ne saurait être question non plus de comparer l'importance et la difficulté d'une intubation trachéale, pour chirurgie thoracique avec respiration assistée, avec une intubation trachéale réalisée pour faciliter des échanges respiratoires qui s'avèrent défectueux, par le passage "à l'aveugle" d'un tube naso-trachéal. Ce n'est certes pas que cette manoeuvre soit

toujours ni facile, ni bénigne, bien qu'elle en donne souvent l'apparence lorsqu'elle est pratiquée par un anesthésiste expérimenté, mais il est certain que dans ce cas l'intubation trachéale (qui est du plus haut intérêt puisqu'elle permettra d'éviter des complications pulmonaires post-opératoires et d'une façon générale tous les ennuis qui peuvent avoir pour point de départ un degré plus ou moins important d'anoxie) ne présente pas des problèmes aussi complexes que ceux de l'intubation trachéale pour chirurgie thoracique et n'a donc aucune raison d'être portée au même numéro de la nomenclature.

5°/- Indépendamment de la nature de l'acte chirurgical, deux catégories de malades posent à l'anesthésiste des problèmes spéciaux : ce sont, aux deux extrèmes de la vie, les personnes âgées et les jeunes enfants.

Pour les personnes âgées, on se trouve en général devant des déficiences organiques plus ou moins nombreuses et plus ou moins importantes qui accumulent souvent les contre-indications. L'hypertension, les troubles respiratoires et cardiaques, le fonctionnement rénal souvent défectueux, les troubles circulatoires et la fragilité capillaire accumulent les raisons d'accidents qui sont généralement post-opératoires bien plus que per-opératoires. Si le métabolisme de ces sujets est diminué, leur fragilité à l'égard d'une oxygénation insuffisante est en revanche plus grande, et les complications pulmonaires (qui gardent toute leur gravité malgré les antibiotiques) ou les accidents cérébraux (qui ne sont pas tellement rares) ont bien souvent un point de départ anesthésique.

Or, plus le sujet est âgé, ou plus il présente un état général déficient, plus le chirurgien est amené à pratiquer une intervention chirurgicale "à minima". On aboutit alors à ce paradoxe que les honoraires de l'anesthésiste (calculés par rapport à l'acte chirurgical) seront bas et parfois même insignifiants dans des cas où il se trouve devant des problèmes particulièrement ardus rendant son rôle spécialement important.

6°/- L'importance de l'anesthésie dans la chirurgie des enfants est assez évidente pour ne pas devoir s'étendre sur ce point. Elle est maxima pour les tout jeunes enfants pour lesquels une anesthésie locale est souvent réalisable mais pour lesquels aussi l'anesthésie générale, lorsque son indication est posée, fait souvent frémir, à juste titre, autant le chirurgien et l'anesthésiste que les parents de l'enfant.

Il est certain qu'une nomenclature correctement faite doit tenir compte de ces difficultés et de ces risques.

7°/- Parfois enfin, l'anesthésie est complètement ignorée de la nomenclature :

- par exemple, l'anesthésie que nous pouvons donner pour un dentiste pour certaines extractions difficiles ou en série pour lesquelles l'emploi

des techniques modernes (y compris parfois l'intubation trachéale) peuvent être rendues nécessaires.

- par exemple, également, l'anesthésie en obstétrique ;
  l'anesthésie en radiologie ;
  ou même en médecine : tétanos...

exception faite pour la narcose provoquée en psychiatrie qui figure déjà à la nomenclature.

Dans tous ces cas, l'anesthésie ne peut figurer que sous la forme Pc 4 et Pc 6 (selon la durée) puisque c'est le seul moyen de la noter lorsqu'elle n'est pas couverte par le coefficient de l'intervention.

Or, il est bien évident que le Pc 4 et le Pc 6 ne peuvent être considérés comme suffisants pour les techniques modernes d'anesthésie, étant donné leur complexité d'une part et leur prix de revient d'autre part.

Après ces quelques remarques générales, il y a lieu d'envisager un certain nombre d'autres aspects de la question.

Une nomenclature qui intéresse une spécialité ou une compétence (et cette nomenclature s'impose maintenant, puisque la reconnaissance de la spécialité ne peut se discuter, étant donné les créations de postes de Médecins Adjoints des Hôpitaux et d'assistants des Hôpitaux) cette nomenclature donc doit être telle qu'elle permette à un médecin qui y consacre toute son activité de gagner normalement sa vie. J'entends par là que le médecin qui se consacre à l'anesthésiologie doit pouvoir gagner l'équivalent de ce que gagne un médecin qui possède une bonne clientèle de Médecine Générale. Car si l'anesthésiologie demeure une branche de rapport inférieur à la moyenne, il ne faut pas s'attendre à voir, à l'avenir, l'élite de nos Facultés de Médecine se diriger vers cette branche de l'activité médicale.

Si l'on veut que l'anesthésiologie progresse, il est indispensable que la qualité de son recrutement rende possible cette élévation. Non seulement ceci est souhaitable pour la progression de l'anesthésiologie, mais c'est même indispensable (étant donné l'ensemble des qualités que doit présenter un anesthésiologiste) si l'on veut que :

1°/- le malade trouve la sécurité qui doit lui être offerte ;

2°/- et que le chirurgien trouve le collaborateur véritablement qualifié dont il a besoin.

Or, avec la nomenclature actuellement en vigueur, l'anesthésiologie offre indiscutablement (à quelques exceptions près) une situation très inférieure. Ceci est tellement vrai que la plupart des anesthésiologistes actuels sont incapables de vivre avec leur véritable métier et qu'ils sont obligés de faire en même temps de la Médecine Générale, de la Médecine d'usine ou de la Médecine scolaire pour pouvoir tenir un train de vie décent.

Il serait, je crois, intéressant, à ce sujet, d'établir une sorte de carte de France de notre spécialité en demandant, à chacun de nous, de remplir un questionnaire qui nous permettrait de savoir de façon précise, selon les différents postes occupés, selon les différentes régions de France, selon que l'on se trouve à Paris, en ville de Faculté de province ou dans les villes secondaires, quelles sont les conditions de travail et de vie de notre spécialité.

J'avais préparé un type de questionnaire que je comptais d'abord vous adresser à tous. J'ai abandonné cette idée parce que j'ai estimé que le principe d'un tel questionnaire et sa rédaction même devait d'abord être discuté entre nous étant donné qu'il doit, à mon avis, pour être utile être très précis. Mais, je crois, qu'il serait du plus grand intérêt que la réalisation en soit faite.

Il est bien évident que les renseignements y seraient donnés à titre tout à fait confidentiel et ne sortiraient pas du cadre de l'administration de notre Syndicat.

La connaissance parfaite de la situation de notre spécialité, de ses besoins et des conditions minima que nous devons obtenir est, à mon avis, indispensable pour permettre au Syndicat d'aborder la discussion avec les organismes officiels.

Il existe en effet de très grosses différences d'activité et de situation entre les anesthésiologistes.

Nous avons maintenant à Paris 3 médecins adjoints des Hôpitaux, à Paris et dans un certain nombre de grandes villes des Assistants des Hôpitaux.

- Certains se consacrent exclusivement à l'anesthésiologie, d'autres sont obligés d'y ajouter des activités variées.

- Certains travaillent presque exclusivement à l'Hôpital, d'autres travaillent presque exclusivement en clinique.

- Certains ont une activité très centralisée, d'autres sont amenés à se déplacer énormément.

- Certains connaîssent surtout l'entente directe, d'autres sont payés par les cliniques, d'autres par les chirurgiens, d'autres enfin par les Caisses.

Il me semble donc nécessaire de faire le point et d'avoir une idée précise de la valeur moyenne de la situation qui est faite à l'anesthésiologiste.

Pour illustrer ceci, voici la lettre que j'ai reçue de notre ami le Dr. GIBERT d'Avignon qui met bien en évidence l'angoisse de certains d'entre nous :

"Mon cher Confrère,

" Je lis dans une circulaire du Syndicat que vous ferez à Paris un rap-
"port sur la révision de la Nomenclature. C'est une raison de plus pour regret-
"ter de ne pouvoir venir au Congrès.

" Je vous écris pour plaider auprès de vous la cause des anesthésistes
"de province. J'entends par province les villes qui n'ont pas de Faculté.

" Dans les projets que vous élaborez, il ne faudrait pas minimiser la
"rémunération des petites opérations au profit des grandes. En effet, nous vi-
"vons grâce aux K 50 et aux K 80 et nous ne faisons qu'une fois par semaine le
" K 150 ou le K 120 rémunérateur.

" Aussi, pour l'amour du ciel, n'acceptez jamais que la Commission de la
"nomenclature supprime l'anesthésie spéciale pour les petites opérations. Ce
"serait rayer d'un seul coup tous les anesthésistes de petite ville et ils sont
"nombreux, plus nombreux encore que les effectifs du Syndicat ne le laissent
"supposer.

" D'autre part, si l'anesthésiste de Paris fait souvent de la médecine
"générale, par contre en province, nous sommes tous très étroitement spécialisés.
"Nous vous serions reconnaissants de ne pas perdre cette notion de vue.

" Troisièmement, nous sommes souvent honorés par un tiers payant. Ici,
"c'est le cas de 70 % de mes clients. A Nimes, l'anesthésiste estime cette pro-
"portion à 80 % et à Perpignan c'est 95 %. C'est dire que l'anesthésie est en-
"tièrement payée par les Caisses.

" La plupart des anesthésistes font en même temps la réanimation. Moi,
"par contre, je travaille avec une équipe chirurgicale très complète qui com-
"prend un réanimateur, c'est-à-dire que je ne peux pas compter sur les K 10 et
"les K 20 du sang pour améliorer mon ordinaire."

La remarque de notre ami le Docteur GIBERT vaut que l'on s'y arrête deux minutes. Nous vivons grâce aux K 50 et aux K 80, dit-il. C'est vrai pour beaucoup d'entre nous. Ce ne l'est pas encore pour tout le monde, mais ce sera de plus en plus vrai au fur et à mesure du développement de l'anesthésiologie et de la multiplication des anesthésistes.

Il n'y a pas si longtemps que les anesthésistes parisiens en renom étaient, les uns et les autres, appelés par un nombre important de chirurgiens qui ne les demandaient pratiquement que pour les grosses choses. Le nombre des anesthésistes s'étant considérablement augmenté, les chirurgiens qui avaient parfois bien du mal à trouver un anesthésiste spécialisé pour leur donner au jour et à l'heure voulue leur anesthésie ont à peu à peu renoncé à faire appel au spécialiste, dont ils aimaient d'ailleurs la collaboration, pour se tourner vers de plus jeunes qui étaient plus à même d'être libres à leur demande.

Aussi, je crois qu'actuellement, presque tous les anesthésiologistes ne sont plus demandés que par 2 ou 3 chirurgiens. Ils sont donc de plus en plus libres pour accepter des interventions moins importantes et ils ne demandent pas mieux que de les donner.

Cette évolution est générale. Elle existe également en province, sans doute avec un certain retard et certains d'entre nous possèdent encore en province la situation privilégiée d'une sorte de consultant demandé pour les grosses choses, par de nombreux chirurgiens. Mais l'évolution se fait aussi et, pour être retardé, le phénomène n'en sera pas moins identique.

De plus en plus donc les anesthésistes seront demandés et seront obligés de donner des anesthésies pour des actes à "K" faible et, il faut, évidemment, qu'ils puissent néanmoins continuer à gagner leur vie... d'autant plus que, comme nous l'avons déjà dit plusieurs fois, l'anesthésie pour un acte à "K" faible peut avoir une importance énorme pour le malade, présenter de grosses difficultés et être d'un prix de revient élevé.

Le problème capital est donc celui des petits K

Mais, précisément, puisque c'est là que nous allons nous heurter aux difficultés, commençons par liquider la question plus simple des gros "K".

Il me semble que l'on peut conserver en gros le principe des 3/10 du K. ce qui donne K 36 pour le K 120, K 45 pour le K 150, etc... Encore que ces chiffres nous donnent des honoraires qui sont inférieurs à ceux des pays étrangers. Mais si nous voulons pouvoir discuter avec la Sécurité Sociale, il faut peut-être ne pas lui présenter une nomenclature qui soit - tout au moins de façon visible - augmentée dans tous les chapitres.

Bien entendu, la réglementation du 3/10 de K disparaîtrait (puisque je suis d'avis d'établir une nomenclature complète), mais nous y ferions figurer les anesthésies pour :

- gastrectomie large,
- prostactectomie en un temps,
- résection partielle d'un lobe pulmonaire,
- laminectomie avec ablation d'une tumeur extramédullaire etc... sous le chiffre A 36,
- lobectomie, ou
- pneumectomie sous le chiffre A 45, etc....

Par contre, nous devrions obtenir que ce pourcentage de 3/10 comprenne le K 100, qui est actuellement exclu.

Enfin, la nomenclature des gros K qui, je vous le disais, ne serait pas visiblement augmentée, le serait en fait de façon fort sensible, si nous pouvions obtenir (et nous le devons) la reconnaissance de l'Intubation trachéale qui viendrait s'ajouter au K anesthésie.

Comment prévoir la nomenclature de l'Intubation ?

Ainsi que je vous le disais tout à l'heure, je crois qu'il ne faut pas la laisser figurer comme un acte unique, mais la disséquer en chapitres, en prenant une lettre spéciale T, par exemple.

1°/- intubation naso-trachéale simple, à l'aveugle, réalisée en cours d'anesthésie pour faciliter une respiration :	T.5 (P.L. tubage duodé Tt. asphyxie)
2°/- Intubation nasotrachéale difficile nécessitant la mise en place du laryngoscope - intubation trachéale simple par voie orale, avec l'aide du laryngoscope, réalisée en cours d'anesthésie pour faciliter des échanges respiratoires qui s'avèrent difficiles.	T.10
3°/- Intubation trachéale indispensable pour la chirurgie de la face et du cou Intubation trachéale nécessaire pour anesthésie en O.R.L. - Chirurgie dentaire Intubation trachéale chez l'enfant Intubation trachéale chez les sujets obèses Intubation trachéale en grosse chirurgie abdo. Intubation trachéale chez les personnes âgées + 65 ans	T.20

4°/- Intubation trachéale pour anesthésie en chi. à thorax ouvert, ou thoraco-abdominale T. 40

A cette nomenclature de l'Intubation, devrait figurer une note précisant que l'Intubation s'ajoute à l'anesthésie, en supplément, de même que la nomenclature prévoit, par exemple, un supplément de K 10 à ajouter, par exemple, au K du Tt sanglant d'une fracture lorsqu'il s'agit d'une fracture fermée ancienne.

Si la Sécurité Sociale n'acceptait pas la cumulation des actes en pareil cas, il faudrait obtenir le relèvement des chiffres.

Cette nomenclature de l'Intubation apporte déjà une amélioration à la situation des petits K, puisque dans un certain nombre de ces opérations, les honoraires d'anesthésie ne seraient plus proportionnels au K chirurgical.

Abordons, maintenant, le problème de ces petits K.

Différentes solutions me semblent possibles :

1°/- Garder le principe de la nomenclature actuelle, en faisant admettre 3/10 au lieu de 2/10, mais toujours en faisant disparaître ces 3/10 par la rédaction complète de la nomenclature des anesthésies pour petits actes chirurgicaux calculés sur cette base :

- l'anesthésie pour hernie simple serait A. 12
- l'anesthésie pour hernie bilatérale A. 18
- l'anesthésie pour appendicite A. 15
- l'anesthésie pour nephropexie A. 18
- l'anesthéeie pour hysterectomie A. 24
  etc...

2°/- Faire admettre le principe d'un chiffre clé "A" minimum, qui serait évidemment à déterminer.

Arrêtons-nous un instant à ces deux possibilités :

La première a deux inconvénients :

a/- elle risque de heurter, dès le départ, la Sécurité Sociale en présentant un projet qui est intégralement majoré ;

b/- elle demeure ridicule pour les tout petits cas :

- anesthésies en petite chirurgie (ce qui n'est pas grave au fond, car ce n'est tout de même pas notre travail d'anesthésiologiste) ;

- anesthésies des fractures, ce qui risque d'être plus grave, car nous nous trouvons parfois, à l'occasion des fractures peu importantes du point de vue chirurgical, devant des problèmes anesthésiques plus complexes.

La deuxième présente des difficultés dans les limites à lui fixer.

Autrement dit, quel est le minimum au-dessous duquel nous ne devons pas descendre comme honoraires d'anesthésie :

1.500 frs..... 2.000 frs....?

Or, n'oublions pas que, en tenant compte du K à 180 frs :

- l'anesthésie de la hernie : 2/10 de K.40 = K. 8 = 1.440 frs
- l'anesthésie de l'appendicite : 2/10 de K.50 = K.10 = 1.800 frs.

C'est-à-dire que si nous voulons admettre que notre minimum doit être de 1.500 frs à 2.000 frs, nous ne devons pas descendre au-dessous de K.10 ; et je crois, en effet, que c'est ce chiffre que nous devrions fixer comme minimum.

Nous pouvons tirer argument du fait que :

1°/- les anesthésies du temps passé donnaient déjà droit au Pc 4 et au Pc 6. Or, les techniques modernes apportent un supplément de sécurité et de confort et elles sont, de plus, données par des médecins spécialisés.

2°/- Le médecin qui assiste, sans participation, à une intervention chirurgicale de coefficient égal à 40 a droit à un Pc 5. On peut donc bien admettre que l'anesthésiologiste a droit au minimum à un K.10.

Si donc, nous reprenons ce projet, il faut admettre que le coefficient A.10 sera un minimum à demander pour les actes médico-chirurgicaux jusqu'à K.50.

Puis conserver le principe des 2/10 du K entre K.50 et K.100 exclu (si nous calculons 3/10 à partir de K.100 inclus), mais toujours en faisant disparaître de la nomenclature ces fameux 1/10 et en portant en détail :

- anesthésie pour appendicite A.10
- anesthésie pour péritonite app. A.14
- anesthésie pour hystérectomie A.18, etc...

Comme je vous le disais, ces deux solutions présentent des inconvénients et ne donnent guère d'amélioration, puisque ce sont les K de 40 à 100 qui ne subiraient que peu de modifications, alors que ce sont justement ceux qui devront assurer le pain quotidien de la plupart des anesthésiologistes de demain.

Pour pallier à ces inconvénients, n'est-il pas possible de prévoir des suppléments ; suppléments qui tiendraient compte des difficultés, c'est-à-dire : de l'âge (enfants, vieillards), des déficiences organiques, des nécessités de surveillance post-opératoires, etc... et je reprends ici encore le principe du supplément accordé pour le traitement sanglant de la fracture fermée ancienne.

De même que l'on peut s'appuyer sur les différentes valeurs portées à la nomenclature pour le traitement des plaies dont le "K" est différent suivant les difficultés

Nous serions donc parfaitement en droit d'agir de même et d'établir des suppléments à ajouter à l'anesthésie type qui figure comme base à la nomenclature.

Par exemple, prévoir :

EN SUPPLEMENT

-anesthésies pratiques chez un enfant entre 2 et 6 ans	10
- - - - nourrisson en enfant de 2 ans	20
- - - - un vieillard	10
- - - - un vieillard en mauvais état	20
- - - - un cardiaque	5
- - - - un insuffisant respiratoire	10
- - - - un tuberculeux	20
- - - - un sujet à rein unique	10
- - - - un diabétique	5
- - - - un choqué	20

Cette disposition est évidemment contraire à la disposition actuelle de la Sécurité Sociale qui n'admet l'anesthésie moderne que pour les cas graves. Mais nous devons précisément nous opposer à cette manière de voir qui est contraire à tout principe moderne.

Comme je l'ai déjà dit, si l'anesthésie moderne apporte au malade plus de sécurité et plus de confort et si elle donne plus de facilité au chirurgien, il n'y a pas de raison pour en limiter l'emploi.

D'autre part, c'est la seule branche médicale ou la Sécurité Sociale limite la liberté thérapeutique, et c'est inadmissible.

Il me semble donc finalement que, en ce qui concerne les petits "K", nous devons essayer de ne pas effrayer la Sécurité Sociale en présentant une nomenclature complètement augmentée et pour cela garder entre K.50 et K.100 exclu, une valeur de coefficient qui corresponde aux 2/10 et à partir de K.100 une valeur de coefficient qui corresponde aux 3/10.

C'est-à-dire que nous demandons à la Sécurité Sociale d'admettre un K minimum, soit :

- A.10 pour les anesthésies modernes jusqu'à K.40 inclus,
- et le passage du K.100 dans la catégorie des 3/10.

D'autre part, l'addition d'un chapitre d'intubation trachéale dans l'anesthésie, et enfin l'affectation de suppléments pour les cas envisagés. Suppléments (sur la fréquence desquels on pourrait être prudents dans la discussion avec la Sécurité Sociale) qui apporteraient en fait souvent un appoint précieux à l'anesthésiologiste dans les petits "K".

On pourrait même admettre que ces suppléments (à l'exception de l'intubation) ne sont applicables que pour les anesthésies à coefficient inférieur à A.36 ou à A.33 même (c'est-à-dire pour les opérations au-dessous de K.100).

Enfin, je crois qu'il y aurait intérêt à profiter du distinguo établi par la Sécurité Sociale entre les chirurgiens-dentistes et les stomatologistes.

La nomenclature prévoit, en effet, que le coefficient est le même pour les stomatologistes et pour les chirurgiens-dentistes, mais que, par exemple, pour un coefficient 4 :

- le stomatologiste porte STO K.4
- le chirurgien-dentiste " STO D.4.

Dans le même esprit, nous pourrions demander que l'anesthésie moderne figure sous le signe :

- An. K pour les anesthésiologistes,
- An. M pour les médecins, non anesthésiologistes.

Ceci aurait l'avantage de permettre le contrôle plus facile des anesthésies données par des non-anesthésiologistes, et permettrait la justification d'un dépassement d'honoraires justifié par le degré de spécialisation, qui peut ne pas être sans intérêt.

Avant de terminer, il y aurait peut-être lieu d'envisager aussi d'inclure un supplément possible pour les cas où l'anesthésiologiste fournit lui-même tout ou partie des produits nécessaires à l'anesthésie.

Ce problème perd de son acuité, car de plus en plus les cliniques sont pourvues des produits nécessaires, mais il reste encore important pour un nombre assez important d'entre nous, surtout en province.

Ce supplément pourrait être de K.10, ou de K.5, selon que l'anesthésiste fournit tout ou une partie des produits nécessaires.

Ce "Projet de Nomenclature", n'est évidemment qu'un projet avec ses avantages et ses inconvénients. Je crois qu'il a l'avantage de permettre une discussion avec la Sécurité Sociale en gardant, du moins en apparence, le cadre de nomenclature et d'autre part en apportant, en fait, une grosse amélioration.

Il a l'inconvénient d'être encore faible pour certains cas, par exemple, lorsqu'il s'agit d'une anesthésie pour une opération entre K.50 et K.100 exclu, anesthésie qui s'adressera à un sujet en bon état et qui ne comportera pas d'intubation... Mais alors reconnaissons honnêtement qu'en pareil cas le mérite de l'anesthésiologiste n'est pas bien grand et qu'il est au fond normal qu'il ne soit pas payé très cher. Par contre, toutes les fois qu'il aura à faire véritablement oeuvre d'anesthésiologiste, les suppléments viendront honorer convenablement son travail.

Ce projet est certainement améliorable et je ne doute pas que vos avis viennent le parfaire.....

o

o o

M. BOUREAU :

Je remercie notre ami VERHAEGHE pour le travail considérable qu'il a accompli, d'abord en nous apportant à notre séance du mois de Juin un rapport extrêmement complet résumant le différend qui existe à notre sujet entre la Sécurité Sociale et l'Ordre des Médecins, ensuite en nous exposant aujourd'hui le projet que vous venez d'entendre.

La discussion est ouverte sur cette intéressante question.

M. SIMON :

Je voudrais dire quelques mots rapidement sur deux points : L'exemple que M. VERHAEGHE a cité sur la disproportion entre l'acte chirurgical et l'acte

anesthésique peut être encore plus marquée, par exemple, pour la dent de sagesse incluse. On enlève une dent de sagesse incluse, on est obligé d'intuber. Or, l'intubation pour un acte d'extraction de dent de sagesse est encore plus disproportionnée comme responsabilité que dans les cas dont vous avez parlé : la hernie chez un gros monsieur. La hernie est tout de même un acte chirurgical plus important que la dent de sagesse, quelquefois facile, quelquefois difficile, et l'intubation est un acte très important.

Deuxièmement : en somme nous avons peur de dire ce que nous voulons dire à la Sécurité Sociale : "Il faut aller prudemment, par des voies détournées pour ne pas la braquer et essayer d'obtenir quelque chose par des moyens détournés", dites-vous... Je crois, moi, que ce n'est pas un bon système. Je ne dis pas que ma proposition soit valable, mais je crois que ces suppléments selon l'âge, selon les cas, cas difficiles, cas moins difficiles, ou plus difficiles seront discutés un jour de telle façon qu'on n'obtiendra rien du tout. Cela prête à des interprétations différentes. Cela nous conduit à des discussions sans fin, car immédiatement la suspicion s'en mêle. Pourquoi avez-vous jugé utile de faire ceci ? Est-ce que vous ne faites pas toujours ceci ? Pourquoi avez-vous fait cela ??? Vous voyez, cela ne leur paraîtra pas clair. Je crois qu'il vaudrait mieux attendre un moment, si ce n'est pas possible autrement, et relever la rémunération des anesthésistes d'une façon plus nette. L'âge à partir de... en dessous de... l'état général... Tout cela c'est vague. Il faudrait alors dire : "Demandons une expertise à chaque anesthésie". Ceci se fait, il y a déjà des difficultés et des contestations pour une anesthésie chez un monsieur qui n'aurait peut-être pas eu besoin de l'anesthésie que vous avez donnée...

J'ai eu l'occasion de me trouver devant de tel cas. Jusqu'à présent j'ai eu gain de cause. Le chirurgien a eu gain de cause, mais cela peut mener très loin. Je me demande si ce petit supplément ajouté pour ceci ou pour cela est une bonne formule.

M. WIOT :

Un cas assez spécial aussi : l'anesthésie générale du nourrisson ou de l'enfant pour un lipiodol intra-bronchique. On se heurte souvent à de très grandes difficultés. Or, ces actes ne sont pas rémunérés de façon correcte.

M. FAURE :

Il faudrait aussi prévoir l'anesthésie obstétricale. Il y a des accouchements pour lesquels on est retenu 5, 6, 7 ou 8 heures pour donner l'anesthésie.

M. MONTAGNE :

Je trouve le système proposé par VERHAEGHE trop compliqué. Il ne faudrait pas que l'anesthésie soit une addition, une somme d'un certain nombre de fractions. Je suis d'accord qu'il existe une cotation analogue au C 2 des chirurgiens, qui permettrait de rétribuer toutes les anesthésies données par un médecin, et par un médecin qualifié.

M. MAROGER :

Le Conseil de l'Ordre ne tolèrera jamais qu'un acte qui doit être rémunéré ne soit pas parfaitement défini et pratiqué par un médecin.

M. VERHAEGHE :

Le C 2 correspond aux stomatologistes par rapport aux chirurgiens-dentistes.

M. LASSNER :

Une chose est certaine : toute amélioration ne peut venir que de nous. Personne ne viendra nous offrir quelque chose. C'est nous qui devons demander et éventuellement imposer. Quels sont les moyens dont nous disposons ? Je crois qu'il faut essayer d'éviter tout ce qui peut augmenter les difficultés dans cet ordre d'idées. Je me permettrai de faire deux suggestions : Vous savez que les syndicats essaient d'unifier la nomenclature dans le sens d'une suppression des indicatifs autres que le K. Par exemple les actes biologiques, actuellement notés en B, vont être remplacés par une nomenclature en K. Il serait donc opportun, sur le plan technique, de maintenir une nomenclature en K et de ne pas introduire un nouvel indicatif.

Le problème de la nomenclature est constitué par la différence radicale entre l'acte opératoire et l'acte anesthésique. Disons que toute nomenclature anesthésique qui s'appuie sur la nomenclature chirurgicale reste quelque chose de fragmentaire ou d'insatisfaisant. On peut prendre d'innombrables exemples à commencer par l'amygdalectomie qui est le cas type d'une anesthésie difficile, pour une opération très rapide, jusqu'à l'accouchement sous anesthésie-analgésie. Il faut se séparer de la nomenclature chirurgicale si on veut établir un barême anesthésique valable.

M. MAROGER :

Pour cela, nous sommes d'accord. C'est la première chose à faire et les chirurgiens là-dessus sont également d'accord.

Je voulais parler de trois choses :

1°/- Les chiffres que nous donne VERHAEGHE devront être tenus secrets, les chiffres minima parce que j'ai une expérience des discussions avec la Sécurité Sociale : c'est comme avec un marchand de tapis. Il faut demander quatre ou cinq fois plus que ce qu'on veut obtenir, que ce qu'on estime normal. Vous savez l'histoire des 2/10 et des 3/10, cela a été obtenu après que Mlle DELAHAYE, qui a une vieille expérience de tout cela - je regrette qu'elle ne soit pas là - ait dit : Il faut demander deux ou trois dixièmes pour peut-être en avoir un. C'est très ennuyeux, mais c'est dans ces conditions là qu'il faut discuter. Si nous parlons avec la Sécurité Sociale, c'est comme cela qu'il faut le faire.

D'autre part, un chirurgien me disait un jour : "Pourquoi est-ce que vous ne comptez pas l'urgence ?" On compte l'urgence en Chirurgie. Est-ce que cela pourrait se faire ?

M. VERHAEGHE :

Cela existe en chirurgie, mais pratiquement les chirurgiens ne l'appliquent pas.

M. MAROGER :

Il n'y a aucune raison que cela ne se fasse pas.

M. VERHAEGHE :

Pratiquement, les chirurgiens n'en tiennent guère compte. Je pense qu'ils ont raison. On a l'air de réclamer une petite commission. Les chirurgiens estiment à juste titre que leur métier comporte un risque qui est le dérangement de nuit. Ils refusent en général cette "prime" et je trouve qu'ils ont raison. Si nous venons à côté du chirurgien qui ne note pas son dérangement de nuit placer le nôtre, nous nous trouverons dans une situation ridicule.

M. SIMON :

Il y a bien des chirurgiens qui marquent urgence de nuit.

M. VERHAEGHE :

Ils sont rares.

M. SIMON :

Il y a bien la visite de nuit pour les médecins. Pourquoi voulez-vous que le chirurgien qui est tiré de son lit pour une opération urgente ne porte pas son urgence ?

M. MAROGER :

Troisièmenent : La question que j'avais également notée, à laquelle M. VERHAEGHE a fait allusion, c'est la question indemnité à l'heure. Il y a une question extrêmement délicate. Je me demande comme certains d'entre nous si cela ne risque pas de contrer un petit peu la Sécurité Sociale étant donné que nous avons tout de même pas mal de choses à demander, mais cependant je me demande si à l'exemple des Canadiens et des Suisses nous ne pourrions pas faire intervenir des indemnités à l'heure. Je serais d'accord pour la dissociation, tout en gardant à peu près les valeurs actuelles, mais en ayant en plus une indemnité à l'heure. Toute heure commencée est due, la première heure venant à K 10... quelque chose comme cela. Il est nécessaire pour nous de faire quelque chose de très spécial. Plus la chirurgie est rapide, moins on a besoin de l'anesthésiste. Plus le chirurgien est lent plus il a besoin du service des anesthésistes, et plus il y a d'anesthésistes plus la chirurgie tend à s'allonger. Il n'y a aucune raison pour que nous ne fassions pas comprendre aux gens cette question là.

M. SIMON :

Vous voulez donner une prime au chirurgien très lent, ou plus exactement à son anesthésiste.

M. BOUREAU :

La chose peut se défendre, si l'on veut bien admettre qu'avec un chirurgien rapide on peut pratiquer un nombre d'actes infiniment plus important qu'avec un chirurgien très lent.

M. MAROGER :

Enfin, je voulais dire qu'il y a cinq ans, quand tous les trois nous avons organisé cette nomenclature, que nous sommes les premiers à combattre, nous nous sommes présentés comme les représentants d'un petit groupe d'une dizaine de personnes qui voulaient essayer, grâce à l'appoint très amical et chaleureux de la Sécurité Sociale d'organiser une spécialité en France. Les conditions aujourd'hui sont différentes. La spécialité est organisée et nous devons nous présenter comme des spécialistes qui disent : Débrouillez-vous comme vous voudrez tant au Conseil de l'Ordre qu'à la Sécurité Sociale. Nous avons besoin d'une nomenclature qui nous fasse vivre. Celle là ne tient pas. Je crois qu'il faut que nous prenions ce point de vue là et que nous parlions de toutes ces questions avec des gens importants du Conseil de l'Ordre au Ministère de la Santé, et qu'on se décide à changer cela de fond en comble.

M. SIMON :

Je suis d'accord avec vous pour modifier la nomenclature, à condition qu'elle soit très précise et sans trop de complications.

M. MAROGER :

Les circonstances sont différentes. Nous sommes parmi nous - cela n'a pas toujours été le cas - une très grande majorité, je m'excuse de parler de cette question, des gens qui sommes imposés à un forfait comme tout médecin. Tout médecin âgé de tant doit avoir un forfait. On ne nous demande pas si nous le gagnons ou non. Il est indispensable que nous partions sur les bases d'un médecin spécialiste. Eh bien ! pour payer le forfait qu'on nous impose, en tant que spécialiste, cela représente le travail que vous savez et qui ne correspond en rien à la nomenclature actuelle.

M. LEMOINE :

Dans la nomenclature actuelle, l'anesthésie en circuit fermé est encore considérée comme un acte exceptionnel dans des cas spéciaux. Pourtant la situation a bien évolué depuis 4 ans. Il serait normal de demander une modification de la nomenclature, dont la cotation doit demeurer aussi simple que possible : par exemple, le 1/3 du K chirurgical, sans abattement de celui-ci.

....

M. MAROGER :

Alors, il faut demander la moitié, ou les deux tiers.

M. LEMOINE :

Il faut considérer aussi la situation de l'anesthésiste travaillant à temps plein pour un seul chirurgien : situation fréquente, car il est très difficile de se partager entre plusieurs chirurgiens, dont les heures d'opération sont les mêmes, et dont les relations ne sont pas forcément cordiales. Il s'agirait d'apprécier comment vit un anesthésiste qui a renoncé à la Médecine générale, et qui fait partie exclusivement d'une équipe chirurgicale.

M. VERHAEGHE :

C'est pour cela qu'il y aurait intérêt à ce que nous répondions à ce questionnaire pour savoir où nous en sommes.

M. LEMOINE :

Le cas de GIBERT à Avignon est très caractéristique et je pense qu'il n'est pas unique.

M. VERHAEGHE :

Je réponds à LEMOINE que je ne suis pas d'accord avec lui pour laisser rattacher le remboursement anesthésique au K chirurgical car cela laissera toujours persister les difficultés. Si nous restons accrochés au K chirurgical (même si le K est à 400) ce sera toujours une source d'ennuis. Je crois qu'il faut une nomenclature qui soit tout à fait indépendante et qui n'ait plus rien à voir avec le K chirurgical. Cela nous ne pourrons pas l'obtenir si nous demandons que le "K-anesthésie" soit le quart ou le tiers du K chirurgical. Il faut rompre définitivement avec cette manière de faire.

M. HERBEAU :

Est-ce qu'il ne serait pas possible de classer les actes chirurgicaux sur une moyenne anesthésique : il y aurait dix "K" par exemple....

M. VERHAEGHE :

M. HERBEAU envisage un projet qui est le système adopté en Belgique. Il y a en Belgique sept "K" anesthésiques. Il y a sept catégories chirurgicales: la catégorie C et 1, 2, 3, 4, 5, 6.

L'anesthésie en catégorie C est payée 2.000 Fr belges (ce qui est tout de même intéressant) et c'est pourquoi je disais tout à l'heure qu'en France les actes d'anesthésie, même pour des K élevés sont cotés très en dessous de ce qu'ils représentent à l'étranger.

La catégorie 1 vaut 800 Fr belges, la catégorie 2 vaut 600 Fr, la catégorie 3 vaut 400 Fr belges. La catégorie 5 vaut 250 Fr et la catégorie 6 vaut 200 Fr belges. Le franc belge vaut environ 7,5 Fr français.

- La catégorie C correspond à : poumons, cerveau, coeur et vaisseaux.

- La catégorie 1 correspond à : estomac, hystérectomie, néphrectomie.

- La catégorie 2 correspond à : ovariectomie, gastro-entérostomie, néphrostomie.

- La catégorie 3 correspond à : appendicectomie, hernie, etc...

Cela représente 400 Fr belges, pour la catégorie 3, soit environ 3.000 Fr français.

M. BOUREAU :

C'est dans ce sens que nous devons nous orienter. Monsieur LEMOINE disait, il y a un instant, qu'il faudrait essayer d'obtenir de la Sécurité Sociale que le K anesthésique soit égal au tiers du K chirurgical, sans abattement de celui-ci en fonction de l'anesthésie. Je connais déjà la réponse de la Sécurité Sociale pour l'avoir entendue à propos de questions déjà tranchées sur lesquelles nous avions voulu revenir : aucune modification de la nomenclature ne peut être mise à l'étude s'il n'existe pas de modification fondamentale concernant le sujet en cause. Certes, on peut admettre, et peut-être faire admettre par la Sécurité Sociale, que des modifications importantes sont intervenues dans notre spécialité; comme le faisait encore remarquer Monsieur LEMOINE, la situation a beaucoup évolué et l'anesthésie en circuit fermé qui n'était pas encore extrêmement répandue il y a 5 ans, est devenue aujourd'hui un acte de pratique anesthésique courante. Néanmoins, je crois que nous n'obtiendrons pas une augmentation pure et simple du pourcentage qui nous est actuellement consenti, alors que nous obtiendrons peut-être une modification fondamentale du système. Si l'on admet par ailleurs qu'une formule simple a plus de chance d'être admise

que le système apparemment compliqué que nous propose VERHAEGHE, je crois que la formule belge est une excellente base de départ, d'autant que le fait qu'elle est déjà en application dans un pays voisin du nôtre, constitue je crois un argument de grand poids.

M. VERHAEGHE :

Je crois que je me suis mal fait conprendre. Il ne s'agit pas de coefficients qui s'accumulent. Et je réponds en même temps à l'objection de M. MONTAGNE : il n'y a pas lieu d'additionner les suppléments prévus. Dans beaucoup de cas nous porterons simplement le K qui est prévu pour le type d'anesthésie que nous avons donné ; mais nous nous réservons, avec ce projet, la possibilité d'améliorer un K que nous jugeons faible par rapport à la difficulté anesthésique que nous avons pu rencontrer chez un malade pour une intervention chirurgicale à "K" faible, en ajoutant au K normal prévu pour cette anesthésie un des suppléments envisagés.

C'est, à mon avis, la seule façon d'améliorer véritablement la situation des anesthésiologistes de petite ville qui ont une majorité d'interventions chirurgicales à petits K.

M. LASSNER :

Je crois qu'on peut retenir cette suggestion en faisant passer l'intervention d'une catégorie à l'autre sous certaines conditions, exactement comme la hernie ordinaire et la hernie étranglée, qui ne sont pas dans la même rubrique. Vous pouvez admettre qu'il y ait des différences.

M. VERHAEGHE :

Je crois que nous aurons beaucoup de mal à obtenir de la Sécurité Sociale un changement dans la façon de compter les choses.

M. BOUREAU :

En tout cas, si nous voulons essayer de fixer une base moyenne en fonction du nombre d'anesthésies qu'un praticien ayant une activité normale est susceptible de donner , il ne faut pas perdre de vue qu'avec l'augmentation sans cesse croîssante du nombre des spécialistes et l'accroissement parallèle des obligations hospitalières auxquelles la plupart de nous sont astreints, l'anesthésiste de demain verra son activité cantonnée pratiquement autour d'un seul chirurgien, avec peut-être 2 ou 3 spécialistes occasionnels, accoucheur, oto-rhino ou stomato-

logiste. C'est une évolution dont les plus anciens d'entre nous ont fait l'expérience au cours de ces dernières années ; elle est inéluctable et s'accentuera encore dans les années à venir. Par conséquent, nous devons tenir compte de cet élément dans l'appréciation du revenu moyen d'un anesthésiste spécialisé, et par contre-coup dans la fixation d'honoraires qui doivent pouvoir nous faire vivre décemment comme les autres spécialistes.

M. PRIEUR :

Je voudrais demander à VERHAEGHE si chez les Belges, dans la Catégorie C, se rapportant aux grandes interventions, tout est compris.

M. VERHAEGHE :

Oui, et justement je fais un reproche à cette nomenclature belge, c'est que précisément l'anesthésiste - et je reprends la thèse de GIBERT - l'anesthésiste de petite ville qui, lui, fait pratiquement des appendicites, des hernies et de temps en temps une gastrectomie ou une hystérectomie, eh bien cet anesthésiste là va toujours se trouver dans la catégorie 3 ou 4, que l'anesthésie soit difficile ou non. Quel que soit l'état du sujet, à tous les coups, il touchera le chiffre qui correspond à cette catégorie faible et ne pourra pas avoir davantage.

M. HERBEAU :

L'anesthésiste faisant partie d'une équipe chirurgicale spécialisée, thoracique par exemple, a une activité payante plus restreinte quant au nombre d'interventions qu'un anesthésiste de chirurgie générale ; ce serait donc une mauvaise formule pour lui que de revaloriser seulement les "petites" anesthésies par rapport aux anesthésies plus complexes.

M. VERHAEGHE :

Le taux où ces interventions sont prévues permet de gagner sa vie, même en en faisant beaucoup moins.

M. LEMOINE :

La thoracoplastie n'est tout de même pas très payée.

M. VERHAEGHE :

C'est pourquoi je prévois d'y ajouter l'intubation.

M. LEMOINE :

Est-ce qu'on ne pourrait pas nommer une commission qui s'occuperait de cette question.

M. MAROGER :

Je crois qu'il faut que chacun d'entre vous envoie à VERHAEGHE ses suggestions comme cela a été proposé dans une des dernières réunions du syndicat. J'avais pensé à une chose : que lorsqu'un d'entre nous veut bien se charger d'un problème spécial le courrier soit fait en double, c'est-à-dire qu'une part du courrier, un double soit envoyé soit à celui qui s'occupe de la chose et un autre au Syndicat, afin que nous soyons toujours au courant de ce qui se passe dans le Syndicat.

M. LASSNER :

Je voulais proposer comme conclusion que nous votions aujourd'hui sur l'utilité d'envoyer le questionnaire proposé par M. VERHAEGHE, et peut-être d'y adjoindre un sommaire des propositions essentielles concernant les modifications suggérées aujourd'hui. On pourrait mentionner d'une part la nomenclature proposée par M. VERHAEGHE, le maintient de la nomenclature actuelle, la rémunération à l'heure, l'adoption d'une nomenclature nouvelle, etc...

M. VERHAEGHE :

Je veux bien, mais cela sous-entend l'envoi à tout le monde parce que nous sommes ici vingt-cinq, pas plus, et évidemment la question du projet belge, la question que j'ai exposée, tout le monde ne les connaît pas.

M. MAROGER :

Si VERHAEGHE pense que c'est nécessaire, il peut faire un petit résumé final et chacun recevra un compte rendu ou la sténotypie de la réunion.

M. LASSNER :

Ne croyez-vous pas qu'il serait préférable de joindre tout de suite le questionnaire de VERHAEGHE et des propositions générales ?

M. VERHAEGHE :

Avant de savoir si on envoie le questionnaire, il faudrait d'abord savoir ce qu'il y a dedans ! Si vous voulez bien je vais vous en donner connaissance.

NOM Prénoms

- Pratique effectivement l'anesthésie depuis .....
- Pratique les techniques modernes depuis .....
- Pratiquez-vous uniquement l'anesthésie ? Oui - Non

  Si non : médecine générale
  médecine scolaire
  médecine du travail, etc...

- Avez-vous un poste d'anesthésiste hospitalier : Oui - Non

  Si oui : Médecin adjoint des Hôpitaux
  Fonctions d'assistant
  Assistant nommé au concours
  Bénévole.

- Avez-vous une présence imposée à l'Hôpital : .....

  tous les jours
  certains jours (combien)
  combien d'heures par semaine ?.....

- En fait, combien de temps passez-vous à l'Hôpital ? .....
- Acceptez-vous d'indiquer (à titre confidentiel, bien entendu) le montant de vos gains hospitaliers ? .....
- Touchez-vous un traitement fixe ? .....
- Avez-vous une participation à la masse (à quel taux) ? .....
- S'agit-il d'un versement effectué à sa guise par le chef de Service ? .....
- Pouvez-vous indiquer grossièrement le nombre d'anesthésies données par an à l'Hôpital ? .....
- Travaillez-vous uniquement en clinique ? .....

- Avec combien de chirurgiens ? .....
- Avec un contrat ? .....
- Avec réglement d'honoraires par la clinique, sur la base du K. à : ..... ?
- Avec Réglement direct par le malade ? .....
- Avec réglement direct par les Caisses ? .....
- Acceptez-vous d'indiquer (à titre confidentiel, bien entendu) le montant de vos gains de clinique, et le nombre d'anesthésies données, par an ?

M. LASSNER :

Je crois qu'il serait plus intéressant et plus efficace de demander un pourcentage des recettes anesthésiques et des autres activités médicales.

M. VERHAEGHE :

C'est pour cela que je dis qu'avant de voter sur l'envoi du questionnaire il faut d'abord être d'accord sur la teneur de celui-ci, sur la précision et l'indiscrétion des questions. Cela ne sert à rien de l'envoyer si nous ne sommes pas décidés à y répondre avec précision.

Il y a évidemment à la base un problème de confiance. Les dirigeants du Syndicat doivent défendre nos intérêts, pour cela il faut qu'ils sachent exactement quelle est la situation des anesthésiologistes en France. Si nous leur faisons confiance, il est du plus haut intérêt que nous leur donnions le plus de précisions possible pour qu'ils puissent nous défendre en connaissance de cause.

M. LEMOINE :

Je crois qu'il suffirait de demander si les anesthésistes sont satisfaits de leur situation ou non ?

M. VERHAEGHE :

Cela ne rime à rien. Cela n'est pas assez précis comme renseignement et ne donnera aucune idée des besoins vrais de chacun.

M. BOUREAU :

Je crois que le questionnaire de VERHAEGHE, dans sa forme actuelle, est tout de même très intéressant, et les renseignements que nous pourrions en tirer seraient de la plus haute importance dans la fixation - par nous - des coefficients à affecter au K anesthésique en fonction de la valeur de K.

Les deux questions : questionnaire VERHAEGHE et choix d'une nomenclature sont donc beaucoup plus intimement liées que l'on pourrait le croire.

M. LASSNER :

La seule question épineuse dans la proposition de M. VERHAEGHE c'est de dire aux gens : combien gagnez-vous ? Les gens ne répondront pas. Vous devriez demander : Quel est le pourcentage de votre activité d'anesthésiologiste ? quelles sont vos autres activités ?

M. VERHAEGHE :

Je vais vous répondre que nous sommes anesthésiologistes à cent pour cent.

M. MAROGER :

C'est déjà intéressant de le préciser. Je fais moi aussi 100 % d'anesthésiologie et BOUREAU 75 %.

M. LASSNER :

Alors vous direz si vous êtes satisfait ou non.

M. VERHAEGHE :

Eh bien ! je fais 100 % d'anesthésie et je ne suis pas satisfait.

M. BOUREAU :

La suggestion de M. LASSNER est tout de même intéressante parce qu'elle nous permettra d'établir une moyenne. Chacun pourrait répondre :d'une

part mon activité anesthésique est égale à 50, 75 ou 100 % ; et d'autre part ma situation me paraît très insuffisante, insuffisante, convenable ou très convenable. Ces seuls renseignements permettraient déjà d'y voir clair dans la situation moyenne de l'anesthésiste français.

M. JACQUENOUD :

Est-ce que chacun de nous ne pourrait pas orienter sa réponse par comparaison avec la situation moyenne de l'omni-praticien dans la région où il exerce ?

M. VERHAEGHE :

C'est ce que je voyais.

M. MAROGER :

Demandez donc à l'omni-praticien combien il gagne par an.

M. VERHAEGHE :

Ca, nous le savons.

M. LASSNER :

Nous savons que les médecins n'aiment pas donner des précisions. Mais en disant : Etes-vous content ? pas content ? ou très peu content ? en vous comparant :

1°- à l'omni-praticien ;

2°- au spécialiste de votre région ;

vous avez une idée approximative qui suffit pour ce que nous voulons. Nous ne sommes tout de même pas les Contributions Directes.

M. MAROGER :

Je reviens sur la question de la nomenclature type belge. Je crois qu'il serait intéressant que chacun de nous, sur ces chiffres de 1 à 10, ou de 1 à 6, selon ce que nous déciderons, fasse sa nomenclature et l'envoie à VERHAEGHE et au Syndicat.

M. VERHAEGHE :

J'en recevrai trois ou quatre.

M. MAROGER :

Nous verrons si tout le monde est d'accord pour que telle opération se situe à la moitié de cette hiérarchie, ou ait le maximum, et on aboutirait à ce résultat : c'est que des cas particuliers, comme l'anesthésie pour lipiodol transbronchique ne serait pas oublié, chacun aurait des cas personnels, des cas qu'on ne voit pas en lisant la nomenclature chirurgicale, l'accouchement dont parlait FAURE par exemple. Là aussi il y aurait quelque chose à faire.

M. VERHAEGHE :

Vous verrez combien j'en recevrai. Je suis prêt à rembourser tous les frais d'envoi des nomenclatures qui me seront envoyées.

M. BOUREAU :

Messieurs, il faut conclure. Nous avons entendu des opinions nombreuses, variées, toutes très intéressantes. Nous allons nous en inspirer pour préparer un questionnaire à la fois aussi complet et aussi discret que possible. Vous voudrez bien y répondre sans arrière-pensée en vous disant que nous ne sommes tout de même pas des agents du fisc. Vous pouvez être assurés de notre discrétion la plus entière. En répondant avec confiance et précision, vous nous permettrez d'établir une base moyenne d'appréciation concernant le standard de vie de l'anesthésiste français, et ceci sera pour nous de la plus grande utilité, lorsque nous aurons à reprendre la discussion avec la Sécurité Sociale.

Vous fixerez, d'autre part, votre choix sur l'une des formules qui ont été proposées ce soir, quant aux modifications à apporter à la nomenclature actuelle, modifications dont le principe a recueilli je crois l'unanimité absolue.

Comme chaque année, vous recevrez le compte rendu intégral de notre Congrès, il vous permettra d'étudier à tête reposée les différentes solutions proposées. Nous pourrons d'ailleurs en reparler entre nous, notamment dans les jours à venir, puisque jusqu'à la fin de cette semaine les journées du Congrès International vont nous permettre de nous retrouver et d'échanger encore des idées sur ce sujet.

(La séance est levée à 18 heures).

LA QUALIFICATION DES ANESTHESIOLOGISTES

Différend "Ordre des Médecins - Sécurité Sociale"

(Rapport présenté à la séance ordinaire du 27 Juin 1951)

J. VERHAEGHE (Lille)

Le hasard m'a mis en rapport avec un membre du Conseil National de l'Ordre des Médecins qui étudie actuellement le problème posé par la demande de qualification des Anesthésiologistes. J'ai cru intéressant d'exposer à cette personnalité (qui aura un rôle actif à jouer, à l'Ordre des Médecins, à ce sujet) le point de vue des Anesthésiologistes. J'ai mis à profit les quelques jours qui séparaient notre rencontre du rendez-vous, que cette personnalité voulait bien m'accorder, pour voir à Paris les membres du Bureau de notre Syndicat, afin d'avoir leur accord sur ce que je comptais dire.

J'estimais, en effet,

qu'il fallait profiter de l'occasion pour mettre au courant les sphères officielles d'un certain nombre de questions posées par le développement de l'anesthésiologie;

que d'autre part, il était intéressant qu'un membre du Conseil de l'Ordre, sympathisant à notre cause, puisse émettre au Conseil des idées conformes aux nôtres, celles-ci pouvant trouver alors un écho plus favorable que n'aurait eu un rapport officiel adressé par le Syndicat;

j'estimais enfin qu'il était indispensable de présenter une possibilité de solution au différend Ordre des Médecins/Sécurité Sociale. Ce n'est certainement pas la Sécurité Sociale qui cherchera à donner au problème une solution conforme à nos désirs puisque cette solution ne peut qu'être en opposition avec les intérêts financiers de la Sécurité Sociale.

D'un autre côté, l'Ordre des Médecins n'est certainement pas pressé d'agiter cette question et de trouver une solution à un problème qui est quand même dangereux pour les principes défendus par l'ordre.

C'est donc bien à nous qu'il appartient de présenter une solution possible à ce problème ou tout au moins de présenter des idées qui permettent une reprise des discussions entre l'Ordre des Médecins et la Sécurité Sociale afin de sortir de l'impasse actuelle.

C'est le compte-rendu de l'exposé que j'ai donc fait à cette personnalité que notre Président m'a demandé de vous faire aujourd'hui.

Tout d'abord, j'ai exposé le différend lui-même, afin d'être bien d'accord sur les faits et pour montrer que nous comprenions parfaitement les thèses en présence :

- La Sécurité Sociale s'appuyant sur l'arrêté du 1er Décembre 1947 passé au Journal Officiel du 16 Décembre 1947 entend ne rembourser l'anesthésie spéciale moderne que lorsque celle-ci est donnée par un Spécialiste. Elle demande, en conséquence de cet arrêté, que les commissions de qualification dressent les listes des médecins qui entrent dans cette catégorie.

- L'Ordre des Médecins répond qu'il ne peut être question d'apporter une restriction à l'omnivalence du diplôme de Docteur en Médecine, que tout Docteur en Médecine, dans la limite où sa conscience le lui permet, peut effectuer tous les actes médicaux qui doivent donc être remboursés par la Sécurité Sociale, quel que soit le Docteur en Médecine qui les ait effectués.

Si l'on se borne à l'exposé pur et simple des deux points de vue, on se trouve devant une impasse : les deux parties en présence ont également raison et leurs points de vue sont inconciliables.

L'ORDRE DES MEDECINS ne peut évidemment en aucun cas laisser mettre en jeu l'intangibilité du diplôme de Docteur en Médecine. Il est indiscutable que si un précédent était créé pour l'Anesthésiologie, ce serait par la suite successivement les autres branches de l'activité médicale (radiologie, biologie, oto-rhyno-laryngologie, urologie, etc...) qui seraient discutées. Bien sûr, la complexité sans cesse croissante de la science médicale permet de moins en moins à un médecin d'être omnivalent et les réglements administratifs actuels tendent de plus en plus à faire dépendre l'attribution de certains postes de la possession de certificats et diplômes correspondants (Médecine du travail, Marine Marchande). Pour être officielle, cette tendance n'en est pas moins contraire aux principes de base que l'Ordre des Médecins doit défendre pour la sauvegarde de la Médecine.

L'Ordre des Médecins a donc parfaitement raison de ne pas même admettre le principe d'une discussion de l'intangibilité du diplôme de Docteur en Médecine.

En contre partie, la SECURITE SOCIALE fait état d'un texte légal dont l'Ordre des Médecins ne peut que demander la modification, puisqu'il est contraire aux principes mêmes de l'Ordre.

Elle connait aussi très bien les dangers présentés par l'anesthésie moderne, lorsqu'elle se trouve donnée par des mains inexpérimentées et cela lui fournit une excellente occasion de discuter l'omnivalence du diplôme.

Mais d'abord, une question se pose : les techniques modernes d'anesthésie nécessitent-elles d'être réservées aux médecins, et même à des médecins spécialisés ?

1°- La première question peut sembler superflue car l'anesthésie est indiscutablement un acte médical, présentant une gravité certaine. Et pourtant, nous savons que les anciennes techniques d'anesthésie étaient souvent employées par des auxiliaires médicaux pour des raisons qui tenaient évidemment plus compte de la commodité du chirurgien que de la sécurité du malade. Il y a cependant longtemps que les lois anglaises ont rendu obligatoire l'administration des anesthésies par des médecins.

La transformation des techniques d'anesthésie et l'apparition des techniques complexes modernes n'a pas changé la mentalité de tous les chirurgiens et nous savons que certains d'entre eux estiment que ces anesthésies peuvent encore être mises entre les mains d'auxiliaires médicaux. Certains ont même été (Dr LARGET) jusqu'à former une école d'infirmières anesthésistes donnant les anesthésies modernes.

Ce point de vue nous semble indéfendable : si les médecins veillent avec soin à ce que l'injection intra-veineuse soit maintenue dans le domaine strictement médical, comment admettre que l'on puisse abandonner à des auxiliaires l'injection de produits tels que les barbituriques intraveineux (avec la dépression respiratoire qui accompagne toujours leur emploi, le risque d'apnée fugace ou persistante pouvant nécessiter la respiration artificielle et l'intubation trachéale, avec le risque de laryngospasme) ou tels que le curare et les curarisants avec leurs risques encore plus grands. Or ces produits sont les uns et les autres à la base de la grande majorité des anesthésies modernes.

Si l'on admet que des actes aussi indiscutablement médicaux et qui peuvent avoir des répercussions physiologiques aussi importantes - même si elles sont rares - peuvent être abandonnés à des auxiliaires médicaux, on ne voit pas bien ce que l'on pourra interdire à ces auxiliaires.

Nous ne croyons pas que l'Ordre des Médecins puisse permettre une telle atteinte à l'exercice de la Médecine, pas plus qu'il ne peut accepter la discussion de l'intangibilité du diplôme.

Envisageons maintenant le "circuit fermé". Il est certain que son emploi nécessite des connaissances de physiologie qui sous-entendent des

études médicales vraies : de par son principe même, il consiste à rendre les voies aériennes du sujet solidaires d'un espace clos dans lequel on fait pénétrer des substances (toujours plus ou moins toxiques) que l'organisme est obligé d'absorber. Les produits administrés en prénarcose modifient déjà l'équilibre du sujet; les produits introduits dans le circuit fermé viennent y ajouter leurs effets. C'est le système nerveux central et le système vago-sympathique, c'est le coeur et la circulation qui sont sous la dépendance d'une respiration que l'on modifie dans son rythme, son amplitude et dans la composition des mélanges inspirés.... C'est toute la physiologie qui est en jeu. Il appartient à l'anesthésiste d'adapter à chaque cas particulier l'anesthésie qui convient, de surveiller les modifications qui peuvent survenir dans l'équilibre physiologique du sujet, de déceler le plus précocement possible ces modifications, de les interpréter et d'orienter à tout instant son anesthésie dans le sens désirable pour éviter des déséquilibres plus ou moins réversibles dont l'importance peut être aussi grande pour les suites opératoires que pour l'immédiat.

Si un auxiliaire médical, même après quelques mois de formation spéciale, peut être à même d'exercer une pareille surveillance, il est inutile de continuer à imposer 6 à 7 ans d'études aux étudiants en médecine.

Si certains chirurgiens sont partisans de l'emploi d'auxiliaires médicaux, c'est encore évidemment pour des questions de commodités personnelles : il est plus pratique d'avoir une infirmière à sa disposition que de devoir demander le concours d'un confrère; et si certains de ces chirurgiens déclarent que leur infirmière anesthésiste leur donne autant de satisfactions, pour les anesthésies modernes, qu'ils pourraient en avoir avec un médecin anesthésiste, en admettant que cela puisse être vrai, il ne peut s'agir que de cas d'espèces et il est certain que le principe, en soi, est mauvais.

L'Ordre des Médecins ne peut évidemment admettre que l'on abandonne aux auxiliaires médicaux une branche aussi strictement médicale.

2°- Ce médecin, en ce qui concerne les techniques modernes d'anesthésie, peut-il être le médecin omnipraticien ou doit-il être un médecin spécialisé ?

Il est certain tout d'abord que le maniement des techniques d'anesthésie modernes nécessite un enseignement spécial et que, en fait, le médecin praticien qui n'a pas été formé à son maniement ne peut en conscience, prendre en mains les appareils qui y correspondent. D'ailleurs aucun d'eux n'accepterait éventuellement de se soumettre à une anesthésie qui serait donnée dans de telles conditions.

a/- Eliminons d'une part toute la grosse chirurgie moderne à thorax ouvert (qu'il s'agisse de chirurgie pulmonaire, oesophagienne ou cardio-vasculaire) la chirurgie de grosse amputation, inter-ilio-abdominale, inter-scapulo-

thoracique, les grosses résections intestinales. D'une façon générale, toutes les interventions chirurgicales de longue durée posent autant de problèmes chirurgicaux qu'anesthésiques. Elles rendent indispensable la présence d'un médecin anesthésiste spécialisé, rompu à toutes les techniques, capable de donner, sans dommage pour le malade, une anesthésie de plusieurs heures, tout en veillant à empêcher l'apparition du choc ou à le combattre s'il survient; qu'il dirige lui-même la réanimation per-opératoire ou qu'il soit aidé d'un réanimateur, il n'en reste pas moins vrai que c'est l'anesthésiste qui a en mains au maximum les éléments nécessaires pour agir, puisqu'il surveille à la fois la respiration (son type, son rythme, son amplitude), le pouls, la tension artérielle, l'aspect général de son malade et qu'il est d'ailleurs le seul à savoir dans quelle mesure certaines variations peuvent être liées à des gestes purement anesthésiques.

b/- Il faudrait éliminer également tous les cas où il s'agit de sujets particulièrement fragiles : tout jeunes enfants, vieillards, hypertendus, défaillances cardiaques, déficiences respiratoires, etc... pour lesquels le problème anesthésique est souvent plus important que le problème chirurgical en lui-même et pour lesquels un médecin anesthésiste spécialisé est nécessaire.

c/- Reste alors ce que l'on peut dénommer la pratique courante.

Il est certain que le nombre des anesthésiologistes n'est pas suffisant actuellement en France pour que toutes les anesthésies puissent être données avec les techniques modernes par des anesthésiologistes. Cependant, les chirurgiens qui ont été conquis par ces techniques ou les malades qui les réclament, font que souvent des chirurgiens ayant acheté eux-mêmes un appareil d'anesthésie en circuit fermé en confient le maniement à une auxiliaire médicale ou à un jeune médecin qui n'a qu'une formation insuffisante. Si, dans la majorité des cas, les choses se passent plus ou moins bien, il n'en est pas moins vrai que de plus en plus parviennent les bruits d'accidents d'anesthésies modernes. C'est que ces anesthésies donnent une apparence de facilité et que leur danger, en des mains insuffisamment compétentes, ne sont pas assez connus.

Or, les techniques modernes d'anesthésie ne supportent pas la médiocrité; mieux vaux une anesthésie donnée au masque d'Ombredanne (dont le chirurgien peut au moins surveiller la conduite) qu'une anesthésie en circuit fermé mal donnée, d'autant plus que le chirurgien ne peut pratiquement pas la surveiller, même s'il en connaît parfaitement la technique et la pratique.

Monsieur le Professeur MOULONGUET insiste d'ailleurs justement dans sa lettre reçue le 22-12-50 sur les dangers de l'anesthésie moderne et sur la nécessité d'une formation prolongée des médecins qui doivent utiliser les appareils modernes.

C'est précisément parce que la Sécurité Sociale a parfaitement compris que dans le domaine de l'anesthésie la sécurité du public exigeait que, sous une forme ou une autre, une restriction soit imposée dans l'exercice de cette partie de l'art médical, qu'elle essaye de porter, sur ce point précis, une attaque contre l'omnivalence du diplôme de Docteur en Médecine.

Le Diplôme se justifie-t-il ?

S'il est nécessaire que les anesthésiologistes fassent preuve de compétence, il est normal de créer des diplômes ou certificats qui sont le seul moyen de témoigner qu'un médecin a reçu un enseignement spécial dans une branche donnée. La question posée par le diplôme d'anesthésiologie n'est d'ailleurs qu'un cas particulier du problème général des diplômes. S'il est normal que des diplômes soient exigés lorsqu'il s'agit de l'attribution de postes officiels ou de fonctions dans une discipline donnée (il est logique que l'on cherche à nommer le plus qualifié, et c'est le principe de tous les concours), par contre, la possession de ce diplôme ne doit pas entrer en jeu dans le remboursement d'un acte donné. Si l'acte médical a été effectué par un Docteur en Médecine, il doit être remboursé suivant la nomenclature attachée à l'acte lui-même.

Pour respecter le principe de l'omnivalence du diplôme, il faudrait que le remboursement d'un acte médical donné soit toujours le même, que cet acte ait été effectué par le médecin du quartier ou par le Professeur de Faculté. S'il plait au malade de s'offrir une sécurité "au-dessus de la moyenne" en s'adressant à un spécialiste, à un consultant ou à un Professeur de Faculté, c'est un luxe qu'il peut s'offrir, mais à ses frais et sans qu'un remboursement spécial y soit affecté. Quitte à ce qu'un Code "C" - "Sp", "Ct", "Pr" - fixe pour l'assuré social modeste et afin d'éviter certains abus, un ordre de grandeur de ce qu'il serait appelé à payer de ses deniers.

Ce ne serait d'ailleurs que normaliser la situation actuelle, la cotation C^2 V^2 C^3 V^3 ne correspondant en fait aucunement à un remboursement véritable, et généraliser ce qui existe pour les actes en Pc et en K pour lesquels le remboursement est indépendant du degré de spécialisation.

Remboursement des anesthésies :

Jusqu'à l'arrêté du 1-12-47, c'est-à-dire jusqu'à la reconnaissance de l'anesthésie moderne par la Sécurité Sociale, l'anesthésie était remboursée sur les bases suivantes :

- pour tous les actes en Pc et pour ceux dont le K est inférieur à 12, l'anesthésie était notée :

  Pc 4, pour anesthésie générale de courte durée
  Pc 6, pour anesthésie générale de longue durée.

- Au-dessus de K 12, l'anesthésie faisait partie du K global de même que l'aide opératoire; l'anesthésiste n'était pas réglé directement par le malade, mais par le chirurgien et sur un taux souvent très variable.

D'ailleurs l'anesthésie était alors bien rarement donnée par un Docteur en Médecine, et encore plus rarement par un Docteur en Médecine spécialisé en anesthésie, ceux-ci étant alors fort peu nombreux. Le médecin traitant donnait parfois l'anesthésie et avait rarement à signer un "Pc" puisqu'il touchait comme médecin traitant sa part d'honoraires sur l'acte chirurgical; ou bien, il signait un "Pc" d'assistance à l'intervention chirurgicale (supérieure au "Pc" anesthésie) et réclamait alors directement des honoraires au client.

Mais dans la grande majorité des cas, c'était un étudiant en Médecine, une infirmière, une religieuse et même parfois un "extra-médical" qui donnait l'anesthésie. Il n'y avait alors aucune signature sur la feuille d'assurances sociales au titre de l'anesthésie. Le chirurgien percevait la totalité du K global et donnait ou ne donnait pas, selon les circonstances, à l'anesthésiste une rétribution qui dans la presque totalité des cas n'avait aucun rapport avec l'importance du K.

Si nous rappelons ces faits, c'est parce qu'ils expliquent que beaucoup de chirurgiens ont finalement oublié que le K global comportait officiellement pour la Sécurité Sociale une part d'honoraires qui ne leur était pas destinée en propre et ont fini par considérer le K chirurgical comme représentant leurs honoraires; or, c'est là l'origine d'un malaise qui existe actuellement parfois entre chirurgiens et anesthésistes.

En effet, lorsque la Sécurité Sociale, à la suite de l'arrêté du 1-12-47, a reconnu l'individualité de l'anesthésie, elle n'a évidemment pas oublié que le K global comportait une fraction qui intéressait l'anesthésie. Or à partir du moment où un médecin signait sur la feuille de soins un acte d'anesthésie et percevait directement les honoraires correspondants, le chirurgien n'avait plus de raison de percevoir cette fraction du K qui ne lui était pas destinée. Cette fraction étant officiellement fixée à 1/10 du K, elle a donc précisé que le chirurgien devait faire sortir du K global le 1/10 en question et porter sur la feuille : CHI K : X - 1/10.

D'autre part, ce 1/10 étant évidemment insuffisant pour honorer les anesthésies complexes modernes dont le prix de revient est d'ailleurs élevé (nous reviendrons sur ce point) la Sécurité Sociale accepte d'ajouter un autre 1/10 pour les actes jusqu'à K 100 inclus, et 2/10 au-dessus de K 100, ce qui donnait finalement pour les actes d'anesthésie :

2/10 du K jusqu'à K 100 inclus
3/10 du K au-dessus de K 100.

Or, un grand nombre de chirurgiens reprochent aux anesthésiologistes (qui ne sont d'ailleurs pour rien dans cette nomenclature qui ne les satisfait pas plus que le chirurgien) de leur détourner 1/10 de leurs honoraires et refusent de propos délibéré (et parfois d'un commun accord entre eux) de porter sur la feuille de Sécurité Sociale le -1/10.

D'autres chirurgiens, par routine, oublient involontairement de porter ce "- 1/10" sur les feuilles de soins spéciaux.

Nous sommes persuadés que les chirurgiens ne se rendent pas compte des répercussions de cette manifestation ou de cet oubli pour les anesthésistes. Deux exemples entre autres :

1°- Il arrive souvent que le chirurgien, lorsqu'il pose l'indication opératoire et qu'il décide de recourir à l'anesthésie moderne pour l'intervention, ne pense pas à préciser au malade que le confrère anesthésiologiste devra être réglé indépendemment du chirurgien.

Il arrive souvent aussi que lorsque le chirurgien touche ses honoraires et signe la feuille de soins, il ne précise pas au malade qu'il lui reste encore à régler l'anesthésiologiste. Le malade va donc à la Caisse de Sécurité Sociale où il se fait rembourser, persuadé de bonne foi, que tout est réglé.

Lorsqu'il reçoit ensuite une note d'honoraires de l'anesthésiologiste, il est justement surpris et se rend à la Caisse de Sécurité Sociale pour avoir des explications. On sort son dossier et on lui répond régulièrement que la feuille de soins spéciaux signée par le chirurgien portant un K global, il ne doit plus rien, puisque tout est compris quand il y a "K global". L'anesthésiologiste reçoit alors, en réponse à sa note d'honoraires, une lettre "charmante" dans laquelle on lui fait "aimablement" remarquer qu'il réclame des honoraires qui ne lui sont pas dus. Les termes dans lesquels sont exprimées ces lettres varient de mépris, de fureur et de grossièreté selon leur auteur et les chirurgiens n'aimeraient certainement pas en recevoir de semblables.

Indépendamment du préjudice moral incontestable, le préjudice matériel existe aussi : l' anesthésiologiste est sans recours, le chirurgien ayant indiqué qu'il y avait K global.

Le guichetier de la Sécurité Sociale ne manque généralement pas d'ajouter un petit commentaire dans le genre "Ne vous laissez pas arranger, vous ne devez plus rien.." et cela contribue à rehausser le prestige de la médecine...

2°- Le chirurgien a touché ses honoraires, a signé la feuille en portant un "K global". Le malade a ensuite réglé l'anesthésiologiste et lui a fait également signer la feuille de soins, puis il va à la Caisse de Sécurité Sociale pour se faire rembourser.

Il arrive alors rarement que le caissier refuse de tenir compte de l'anesthésie comme dans l'exemple précédent, puisque les deux actes sont portés sur la même feuille, mais le décompte du remboursement remis à l'assuré porte :

CHI K X = ---
Anesthés. 1/10 = -- (puisque l'autre 1/10 a été remboursé dans le K).

Ce qui fait que même lorsque l'anesthésiologiste demande comme honoraires le tarif de responsabilité des Caisses, il a encore l'honneur d'avoir demandé le double du tarif ! et la somme qui est remise au malade au titre de l'anesthésie est ridicule puisqu'il s'agit même seulement de 80 % du 1/10 pour les K inférieurs à 50.

Un cas particulier de ce deuxième exemple est fourni par les interventions dans un entourage médical et pour lesquelles le chirurgien et l'anesthésiologiste, après avoir déclaré qu'il n'était pas question d'honoraires, finissent, devant l'insistance avec laquelle on veut leur faire signer une feuille de soins, par dire qu'on leur donnera ce que la Sécurité Sociale remboursera. Ils signent donc la feuille de soins (en principe, ils ne devraient pas le faire, mais en fait il en est ainsi), et les choses se passent comme dans l'exemple que nous venons de voir. Généralement, le médecin qui a fait opérer son parent revient alors très gêné, retrouver l'anesthésiologiste en lui disant : "Je viens de toucher le remboursement de la S.S. et il doit y avoir une erreur, car on m'a donné 576 Fr (80 % de 1/10 de K 40) ou 700 Fr (80 % de 1/10 de K 50) pour l'anesthésie... Or, je vous ai déplacé avec votre matériel et vos produits, je vous ai fait signer une feuille de Sécurité Sociale, c'est ridicule..." Il n'est évidemment pas question pour l'anesthésiste de dire qu'en fait c'est le double qui devrait lui être donné, mais que la seconde moitié serait à prendre sur ce qui a été donné comme remboursement pour le chirurgien. Il s'ensuit toujours une situation gênante.

Ces exemples font comprendre que si la réglementation actuelle ne satisfait pas les chirurgiens, c'est encore plus vrai pour les anesthésistes.

A l'attitude des chirurgiens qui, de propos délibéré, se refusent à porter le "-1/10", on peut d'ailleurs faire les deux objections suivantes :

- d'une part, ce n'est pas parce que le chirurgien aura porté "-1/10" après le K qu'il demandera "en fait" des honoraires inférieurs à ceux qu'il avait l'intention de demander;

- d'autre part, le fait de porter ce "-1/10" lui permet en contre-partie, au point de vue fiscal, de diminuer automatiquement de 1/10 ses recettes officielles.

Quoi qu'il en soit, cette réglementation est tout à fait illogique. L'anesthésiologie qui est une branche médicale et qui est une "compétence" officiellement reconnue doit avoir sa nomenclature propre au même titre que l'urologie, l'oto-rhino-laryngologie, la gynécologie, etc...

Les chirurgiens et les anesthésiologistes sont unanimes à demander que l'anesthésie soit sortie du "K global" afin que le K ne représente plus que l'acte chirurgical lui-même et que l'anesthésie ait sa nomenclature totalement indépendante.

D'ailleurs, la réglementation actuelle ne tient en fait aucunement compte de l'acte anesthésique lui-même.

ETUDE DE LA NOMENCLATURE ACTUELLE :

A/- Lorsque l'anesthésie est donnée par un médecin et qu'elle concerne des actes en "Pc" ou en "K" au-dessous de K 12, elle est toujours cotée :

Pc 4 pour anesthésie générale de courte durée,
Pc 6 pour anesthésie générale de longue durée.

B/- Lorsque l'anesthésie est donnée par un médecin, mais concerne des actes en "K" supérieurs à K 12, elle est comprise dans le K global;

C/- Lorsque l'anesthésie est donnée :

1°- par un médecin anesthésiste spécialisé
2°- et que celui-ci donne :
- une anesthésie comportant l'emploi d'un circuit fermé
- ou une anesthésie continue par voie intraveineuse ou rectale
- ou une anesthésie combinée avec une curarisation

3°- et à condition que cette anesthésie soit nécessitée par l'état du malade ou par la nature de l'intervention, il est alloué un honoraire spécial qui est chiffré :

2/10 du K pour les actes chirurgicaux jusqu'à K 100 inclus;
3/10 du K pour les actes chirurgicaux au-dessus de K 100.

Si nous comparons cette cotation avec l'ancienne, nous constatons que rien n'est changé, si ce n'est que la Sécurité Sociale accepte de donner un petit supplément pour certaines anesthésies à condition qu'elles soient effectuées par un spécialiste qualifié et à condition encore que le type d'anesthésie soit indispensable pour l'opération envisagée.

Un certain nombre de remarques s'imposent :

1°/- Si l'anesthésie selon les techniques modernes est un progrès et si elle procure un supplément de sécurité pour l'opéré quand elle est correctement donnée (mais cette condition est implicitement à la base de tous les actes médicaux), il n'y a aucune raison pour qu'elle ne soit remboursée que dans des cas très particuliers.

2°/- La cotation actuelle ne tient aucun compte de l'acte anesthésique lui-même. Prenons, à titre d'exemple, une anesthésie pour hernie unilatérale qui sera cotée 2/10 de K 40 = K-8.

Or, selon l'âge et l'état du malade, l'anesthésie qui sera à donner peut changer du tout au tout : -elle peut être aisée, mais elle peut aussi imposer l'emploi du cyclopropane s'il s'agit d'un malade présentant une affection respiratoire; -elle peut même rendre nécessaire une intubation trachéale s'il s'agit d'un obèse et a fortiori si cet obèse présente une insuffisance respiratoire... le K-8 devient alors véritablement ridicule.

Par ailleurs, s'il se trouve dans une des cliniques qui ne procurent pas les produits dont l'anesthésiste a besoin et que celui-ci doive simplement fournir la chaux sodée et le cyclopropane... il aura dépensé en produits plus que la nomenclature ne l'autorise à demander comme honoraires !

C'est un peu comme si l'on disait au chirurgien qu'une laminectomie est un type d'intervention chirurgicale qui sera toujours dotée du même "K". Or, très justement, selon l'indication opératoire et les difficultés techniques, on voit que la nomenclature peut être de K 60, K 80, K 100, K 120.

Le cas de la laminectomie n'est qu'un exemple; nous pourrions aussi bien citer la Régularisation, épluchage et suture éventuelle d'une plaie qui tient compte des difficultés opératoires et sera cotée K 5, K 12, K 25 ou K 40;

- ou encore le nettoyage avec tannage d'une brûlure qui peut être K 8, K 20 ou K 30;

- ou encore, à plus forte raison, la greffe dermo-épidermique qui selon que sa surface sera de 4 cm^2
  ou comprise entre 4 cm^2 et 8 cm^2
  ou supérieure à 8 cm^2
  sera K 10, K 15 ou K 20.

Pourquoi alors, lorsqu'il s'agit d'anesthésie n'est-il tenu aucun compte des difficultés rencontrées et des risques pris par l'anesthésiologiste ?

3º/- Appliquée aux "petits K", la cotation devient même paradoxale.

Imaginons qu'un anesthésiologiste soit demandé pour anesthésier un hypertendu âgé, cardio-rénal, pour réduction et immobilisation plâtrée d'une fracture de l'extrémité inférieure du radius.

La cotation de l'anesthésie spéciale donnée sera : 2/10 de K 12 = K 2,4 (alors que l'anesthésie à l'ombredanne, par exemple, aurait autorisé le Pc 6).

Non seulement dans un cas comme celui-là la cotation ne tient aucun compte de la difficulté de l'anesthésie, mais elle devient même incontestablement inapplicable.

Imaginons enfin que le même anesthésiologiste doive par la suite endormir à nouveau le même malade pour une décapsulation rénale, le problème anesthésique posé sera pratiquement le même, mais l'anesthésie pourra maintenant être cotée 2/10 de K 60 = K 12.

Une remarque supplémentaire s'impose à ce sujet : si la famille du malade admet facilement que le chirurgien demande 5 fois plus cher pour la deuxième opération que pour la première, elle ne comprendra certainement pas que le même anesthésiste pour endormir une deuxième fois le malade demande également 5 fois plus cher, ce qui n'arriverait pas si la nomenclature tenait compte du type d'anesthésie donnée et de sa difficulté.

Il n'y a donc aucun doute : la réglementation actuelle ne tient aucun compte de l'acte anesthésique lui-même et elle ne fait qu'apporter au spécialiste un coefficient forfaitaire souvent ridicule.

Il faut donc absolument qu'une nomenclature véritable soit établie en accord avec le Syndicat des Anesthésiologistes français.

LA MENACE DE SUPPRESSION DU REMBOURSEMENT -

Au cours des discussions avec l'Ordre des Médecins, la Sécurité Sociale a agité la menace de supprimer purement et simplement tout remboursement des anesthésies modernes, si les commissions de qualification ne lui donnaient pas les listes des anesthésiologistes qualifiés pour lesquels elle entend seulement donner un remboursement.

Or, il ne faut pas se cacher que la suppression du remboursement par la Sécurité Sociale aboutirait à la disparition de l'Anesthésiologie.

L'anesthésiologiste est un Docteur en Médecine qui consacre son activité à l'anesthésie et à la réanimation. Il faut donc que l'exercice de cette

activité lui permette un train de vie comparable à celui qu'il pourrait avoir dans une autre branche de l'activité médicale.

N'oublions pas non plus que dans de nombreux cas, l'anesthésiologiste doit prélever sur les "honoraires" qu'il touche une part plus ou moins importante pour se procurer les produits nécessaires.

Si, à Paris, la plupart des cliniques fournissent maintenant les produits nécessaires (avec souvent une exception pour le cyclopropane, qui est justement le produit le plus cher), par contre, en province, l'anesthésiste fournit pratiquement toujours le cyclopropane, souvent le curare et le protoxyde d'azote, parfois même la chaux sodée. Or, il ne peut demander au malade de lui fournir ces produits puisque celui-ci ne peut les faire prendre avec ordonnance chez le pharmacien. Il ne pourrait en réclamer le remboursement au malade qu'en lui fournissant une note d'honoraires ressemblant fort à un compte d'épicier, ce qui sied mal à un médecin... De plus, le malade n'en obtiendrait aucun remboursement de la Sécurité Sociale.

Or, déjà actuellement, compte tenu de la réglementation en vigueur et des frais que représentent les techniques modernes d'anesthésie, peu nombreux sont les anesthésiologistes qui ne sont pas obligés d'ajouter à leur activité propre un travail de médecin d'usine à temps partiel ou un poste de médecine scolaire ou un peu de médecine générale.

En fait, les choses sont d'ailleurs difficilement conciliables car la durée de certaines opérations, les nécessités de la surveillance post-opératoire et celles de la réanimation, les déplacements souvent fréquents entre plusieurs cliniques rendent difficile l'exercice d'une véritable clientèle de médecine. Ce n'est d'ailleurs pas souhaitable et il serait préférable que l'anesthésiologiste puisse consacrer le temps dont il peut disposer à de la recherche scientifique et à se tenir au courant des communications diverses.

Si le remboursement des anesthésies modernes venait à disparaître, le nombre des cas où les chirurgiens feraient appel à un anesthésiologiste diminuerait obligatoirement et celui-ci ne pourrait donc certainement plus gagner sa vie avec sa spécialité. Comme il est matériellement impossible que les chirurgiens prennent sur un "K global" (qui se trouve à un indice qui est loin d'avoir suivi l'indice du coût de la vie) de quoi faire vivre un anesthésiologiste, ce serait fatalement la disparition d'une spécialité qui a permis aux chirurgiens d'étendre leurs techniques et leurs indications opératoires et qui doit permettre d'apporter aux opérés de plus en plus de sécurité.

LE PROBLEME DE L'ANESTHESIOLOGIE A L'HOPITAL -

En dehors du point de vue de l'anesthésiologie en clientèle privée, le problème hospitalier mérite aussi d'être envisagé.

Dans les grands services chirurgicaux, l'anesthésiologiste qui doit faire le bilan pré-anesthésique des opérés, donner les anesthésies variées de la matinée opératoire, puis surveiller les suites opératoires et assurer les transfusions nécessaires, doit pratiquement donner une grande partie de son temps à l'hôpital et éprouve de grosses difficultés à s'assurer un peu de clientèle civile (à moins qu'il n'ait en fait les fonctions de chef de service et qu'il puisse disposer d'assistants et d'aides dont il assure alors la surveillance).

Or, c'est un docteur en médecine à qui l'on demande d'être à la fois un bon clinicien, un bon physiologiste et un bon technicien de l'anesthésie. Il est souhaitable qu'il puisse être un véritable conseiller médical du chirurgien.

Il faut également remarquer qu'il occupe une place à part dans l'équipe chirurgicale. En effet, tandis que les autres membres du Service, chef de clinique, chef de clinique adjoint, moniteur de clinique, internes mêmes occupent une position qui n'est que provisoire et qui va leur permettre par la suite de se faire une situation beaucoup plus brillante, au contraire l'anesthésiologiste est un docteur en médecine qui est attaché au service mais qui est arrivé au stade terminal de la progression de sa carrière. Le traitement qui lui est alloué constitue le plafond qu'il peut atteindre. Dans beaucoup d'endroits encore, ses fonctions sont bénévoles et en revanche les exigences des chirurgiens-chefs de Service énormes à leur égard.

Lorsqu'ils sont payés, les réglementations hospitalières tendent dans l'ensemble à leur donner un traitement comparable à celui du moniteur de clinique.

Si l'on veut que des sujets de valeur se destinent à l'anesthésiologie (et c'est indispensable, étant donné les qualités que l'on exige de l'anesthésiologiste), il faut qu'ils puissent y voir une situation souhaitable; mais pourquoi un interne se destinerait-il à l'anesthésiologie s'il sait que la situation la plus brillante qu'il pourra jamais obtenir lui donnera un traitement comparable au moniteur... ce qui n'est tout de même pas un niveau qu'un docteur en médecine, ancien interne, puisse considérer comme enviable.

C'est une notion dont il faut tenir compte, car elle conditionne le recrutement et donc tout l'avenir de cette spécialité.

LES CRAINTES DE LA SECURITE SOCIALE -

La Sécurité Sociale redoute la généralisation du remboursement des anesthésies modernes parce qu'elle a peur de voir arriver alors une quantité de feuilles de soins spéciaux portant une indication d'anesthésie moderne.

On peut objecter d'abord que si la Sécurité Sociale décidait de supprimer le remboursement, les chirurgiens ne renonceraient pas pour cela du jour au lendemain au circuit fermé, ou à l'anesthésie intraveineuse continue au curare; mais par contre, cela ferait disparaître certainement les anesthésiologistes et l'on arriverait à ce résultat paradoxal que sous prétexte de sauvegarder la sécurité du public, toutes les anesthésies de ce type seraient alors données par des auxiliaires médicaux avec les conséquences dramatiques que cela ne manquerait pas d'avoir pour la sécurité du public...

Si, à la suite de la généralisation du remboursement, quelques médecins supplémentaires devaient se lancer un peu inconsidérément dans cette pratique, ce serait quand même moins grave que de ne plus y voir que des auxiliaires. Car un médecin vaut tout de même bien une infirmière...

D'autre part, en fait, la généralisation ne changerait pas grand'chose, car ce n'est pas parce que l'acte figurerait sur la nomenclature générale que le médecin qui n'a pas été formé à ces anesthésies s'y livrerait à la légère. S'il en était, ce ne serait jamais qu'en nombre négligeable et il est bien probable qu'à brève échéance, ils abandonneraient.

Enfin, si l'Ordre des Médecins doit défendre les principes de base de notre profession, elle doit aussi veiller à la sauvegarde du public. Or, en fait, il est nécessaire que ces anesthésies ne soient maniées que par des médécins compétents. Il appartiendrait donc à l'Ordre des Médecins d'empêcher que, de bonne foi et par ignorance du danger, des médecins se laissent tenter. Une mise en garde officielle devrait donc être adressée à tous les médecins, leur signalant les dangers des techniques modernes d'anesthésie lorsqu'elles sont placées dans des mains non compétentes.

Cette mise en garde permettrait à l'Ordre des Médecins de traiter avec une extrême rigueur les cas de dépassement de compétence en la matière. En effet si l'on veut concilier le principe de l'omnivalence du diplôme avec la sauvegarde de la sécurité du public, ne faut-il pas introduire dans le code de la déontologie la notion de responsabilité avec sanction en cas de faute professionnelle par dépassement de compétence ?

Une solution consisterait peut-être aussi en l'inscription dans la nomenclature d'anesthésiologie à mettre au point, d'une note précisant que les différents chiffres de cette nomenclature ne sont applicables que lorsque le médecin anesthésiste a pratiqué lui-même l'examen pré-anesthésique du malade et en assure la surveillance postopératoire immédiate en accord avec le chirurgien... c'est-à-dire, en somme, lorsque le médecin travaille comme le font les anesthésiologistes, mais sans que ce remboursement soit lié, en fait, à la qualité de spécialiste.

Il appartiendrait ensuite à l'Ordre des Médecins d'organiser la réunion des commissions de qualification afin de pouvoir indiquer aux chirurgiens quels sont les anesthésiologistes qui ont fait preuve de leur compétence.

CONCLUSION

Pour conclure cette étude de la question de l'anesthésiologie, nous pensons que :

1º/- L'Ordre des Médecins doit sauvegarder l'intangibilité du diplôme de docteur en Médecine.

2º/- L'Ordre des Médecins doit assurer la sécurité du public en veillant à ce qu'en fait, les anesthésies selon les techniques modernes ne soient données que par des médecins compétents; et ce,

a/- en mettant en garde officiellement tous les médecins contre les dangers des anesthésies modernes lorsqu'elles ne sont pas parfaitement données,

b/- en publiant la liste des médecins qui ont fait preuve de leur compétence en la matière,

c/- en assurant un recrutement de valeur à cette spécialité par l'établissement d'un statut de l'Anesthésiologie dotant les services hospitaliers de postes qui soient non seulement vivables (ce qui n'est pas le cas à l'heure actuelle), mais même enviables, afin d'attirer vers l'Anesthésiologie des sujets de valeur.

d/- en faisant dresser en accord avec le Syndicat des Anesthésiologistes une nomenclature complète, propre aux anesthésies spéciales modernes, et qui assure une vie normale à des docteurs en médecine se consacrant exclusivement à l'Anesthésiologie; nomenclature qui devrait être totalement indépendante du K chirurgical, ainsi que le demandent à la fois les chirurgiens et les anesthésiologistes.

e/- en introduisant dans la nomenclature une restriction liée à la manière dont l'acte est pratiqué et non pas au titre du pratiquant.

f/- en introduisant dans le Code de Déontologie la notion de responsabilité, avec sanctions en cas de faute professionnelle par dépassement de compétence.