

N°43

# LA LETTRE SYNDICALE



Revue du Syndicat National  
des Médecins  
Anesthésistes-Réanimateurs  
des Hôpitaux  
Non Universitaires

[WWW.SNMARHNU.ORG](http://WWW.SNMARHNU.ORG)

Juin 2002



## LE MOT DU PRESIDENT

### LES ANESTHESISTES EXIGENT L'APPLICATION DE LA DIRECTIVE EUROPEENNE 93/104 DU 23 NOVEMBRE 1993.

Le mardi 4 juin, avec la CHG, nous avons été reçus au Ministère suite à la demande d'un moratoire sur la RTT, par nos ministres Messieurs FILLION et MATTEI ce qui signifie, mort, enterrement, décision légale de suspendre l'exécution des engagements pris.

Les anesthésistes disent **NON** au moratoire et rappellent que la base des négociations du protocole d'accord repose uniquement sur la **mise en conformité du statut de praticien hospitalier au regard de la Directive Européenne 93/104 du 23 Novembre 1993, modifiée par la directive 2000/34/CE**, relative à l'aménagement du temps de travail.

La France n'ayant pas respectée ses engagements européens dans les délais réglementaires, nous n'accepterons aucun retour sur les avancées sociales que nous avons obtenues et qui s'étaient durement négociées avec les précédents gouvernements et la Direction des hôpitaux.

Lorsque la majorité d'entre nous : travaille plus de soixante heures par semaine avec des gardes lourdes ; est dans l'impossibilité de répondre aux exigences de la réglementation en périnatalité ; est contrainte à exécuter des actes techniques sur des plateaux techniques désorganisés par une pénurie de spécialistes,

- **OUI, nous estimons que la garde soit intégrée dans le temps de travail,**
- **OUI nous estimons légitime que le travail de nuit soit rémunéré en supplément,**
- **OUI nous estimons légitime qu'après 12 h de travail, suive un temps de repos équivalent,**
- **OUI nous estimons légitime que la durée hebdomadaire maximale de travail soit fixée à 48 heures,**
- **OUI nous estimons légitime que l'astreinte et son déplacement soient considérés comme du travail.**

Sur ces différents points nous ne transigerons pas. Ce n'est que la traduction du droit Européen,

l'application est possible si les politiques ont le courage de remettre les pendules à l'heure.

Il n'est pas normal, qu'à activité égale, on observe une différence d'effectifs dans une même spécialité trois fois supérieurs entre deux établissements équivalents. Il n'est pas normal que par principe certains praticiens hospitaliers se dispensent de l'obligation de garde. Il n'est pas normal que les plateaux techniques soient désorganisés par les intérêts particuliers. Il n'est pas normal de continuer la politique du "toujours plus" là où il y a beaucoup.

**Nous sommes pour une réorganisation de la répartition des établissements au vu de la carte sanitaire, nous sommes pour un redéploiement des personnels inter-établissements, nous sommes pour une participation public-privé intégrant les réseaux de soins.**

Cette réorganisation peut **permettre de pallier à un tiers des effectifs manquants**. Pour le reste, il sera nécessaire de continuer une politique de création de postes en fonction de la réalité des besoins de santé.

- **OUI à la mobilisation dans les mois qui viennent si les avancées sociales que nous espérons étaient battues en brèche.**

Michel Vignier, 25 mai 2002

**Directeur de la publication :** Dr. Brodeur  
**Conception et réalisation :** Eric DUFOUR  
**Impression :** Imprimerie du Parc - 25, avenue Gabriel Dordain - 18400 Saint-Florent  
**Rédaction :** Syndicat National des Médecins Anesthésistes-Réanimateurs des Hôpitaux Non Universitaires.

#### Courrier :

Dr Goumard SNMARHNU - Service d'Anesthésie  
 Centre Hospitalier 17021 La Rochelle

#### Courrier électronique :

E-mail : snmarhnu@wanadoo.fr  
 Site Internet : www.snmarhnu.org  
 Fax : 01 64 26 60 03 - Répondeur : 01 64 26 60 62

## COMMENTAIRES SUR LES DECRETS RELATIFS AUX SERVICES DE REANIMATION

**La Commission qui a préparé les décrets relatifs aux services de réanimation s'est réunie à plus de 20 reprises en 96 et 97.**

**Ca y est, les décrets sont enfin sortis.**

**Lionel VALERI et Jean Claude DUCREUX ont participé à ces réunions au titre du SNMARHNU. Les discussions étaient très âpres, mais prenaient peu en compte les remarques pratiques défendues par vos représentants ainsi que celle du SNARF qui étaient en phase de défendre les services des hôpitaux généraux et des établissements privés qui traitent plus de 60 % des patients.**

**Les professeurs essentiellement parisiens étaient très demandeurs de services très sophistiqués et sollicitaient des moyens dignes des budgets de CHU en harmonie avec le SNPHAR qui défendait les mêmes principes. Peut-être n'avions-nous pas la même conception de la réanimation qui, pour nous, ne s'arrête pas aux "beaux malades", mais à tous les citoyens quel que soit leur âge et leur bonne raison de vouloir continuer à vivre.**

**Les textes sont sortis. Voici quelques uns des commentaires que nous pouvons faire, sans que ceux ci soient limités.**

**Vos propres commentaires seront les bienvenus.**

DECRET N° 2002 - 465 du 05/04/2002

### ARTICLE II

#### I - " Art .R 712 - 90 "

La définition correspond à ce qui avait été souhaité, à savoir : défaillance pluriviscérale qui permet de distinguer les services de réanimation des unités de soins intensifs.

#### " Art. R 712 - 91 "

Il est précisé que la permanence médicale et paramédicale est à la disposition exclusive de l'unité. Cette précision posera manifestement des problèmes à de nombreux services, en particulier, bien sûr, dans les hôpitaux non universitaires de plus petite dimension dans lesquels les praticiens de garde peuvent éventuellement être amenés à prati-

quer un acte d'anesthésie ou d'analgésie obstétricale. Un schéma classique consiste à avoir sur place un anesthésiste réanimateur et un médecin anesthésiste réanimateur d'astreinte. Dans l'application de ce texte, le médecin d'astreinte devra être appelé pour tout acte d'anesthésie.

Qu'en est il des actes de réanimation dans le reste de l'établissement : arrêt cardiaque dans un service d'hospitalisation ou appel au niveau du service des urgences : rien n'est précisé à ce niveau.

#### " Art. R 712 - 93 "

La dimension des unités de réanimation est au minimum de 8 lits, ce qui va nécessiter la modification de nombreux services, tant dans les hôpitaux non universitaires que dans les établissements privés qui sont nombreux à ne comporter que 6 lits.

L'article R 712 - 94 précise qu'il est nécessaire de posséder au moins une unité de surveillance continue sans que le nombre de lits soit précisé. A l'époque de la réalisation du projet, il avait été suggéré que les établissements puissent comporter 6 lits de réa et 4 lits de surveillance continue. Ces derniers devant être considérés comme des lits " tièdes ". L'idée de l'unité de surveillance continue est bonne, mais il est évident que deux problèmes se posent :

- L'unité de surveillance continue n'est pas spécialement précisée comme étant une unité de pré ou de post réanimation, son appartenance à un service précis n'est pas définie.

- Les établissements de moyenne importance ne peuvent disposer de plusieurs unités de ce type. Elles seront donc vraisemblablement médico-chirurgicales comme les services de réanimation. La logique aurait voulu que les unités de réanimation et de surveillance continue constituent un même service comme vos représentants et ceux du SNARF le souhaitent.

#### ARTICLES III - IV - V

Les délais d'autorisation de mise en place et surtout de mise en conformité semblent raisonnables, si bien évidemment un certain nombre de moyens sont attribués aux établissements concernés, car il n'est pas possible de transformer un service de 6 lits en service de 8 lits + service de surveillance continue, sans travaux, ni moyens supplémentaires, en particulier humains.

**Art. D 712 - 104 et 105**

Le descriptif des locaux ne pose pas de problème particulier par rapport à la situation actuelle et aux conditions raisonnables qui sont demandées.

**Art. D 712 – 106**

Le principe de la présence possible d'un interne en médecine non docteur quelles que soient les compétences de celui-ci en réanimation n'est pas très clair. Sur le plan de la responsabilité médicale le docteur en médecine réanimateur en astreinte paraît délicat. Sur le plan économique si l'interne assure cette garde, il doit être rémunéré comme un docteur en médecine, hors il n'est rien précisé à ce niveau concernant l'indemnité de garde.

En dernier lieu, si les praticiens hospitaliers des centres hospitaliers universitaires pourront facilement faire prendre les garde sur place aux internes, il n'en n'est pas de même pour les CHG pour lesquels peu ou pas d'internes existent dans l'établissement et il sera excessivement difficile de les faire venir du CHU qui est très gourmand dans ce domaine. De plus, il n'y aura aucune attractivité financière pour ces internes.

**Art. D 712 - 109**

Lorsque l'on prévoit des services de 8 lits minimum, c'est à dire souvent 8 lits, est-ce la façon la plus pratique que d'évoquer un nombre d'infirmiers à 2 pour 5 patients. Que devra-t-on faire, puisqu'il s'agit du nombre d'infirmiers par patients, lorsque le service recevra un malade supplémentaire ou au contraire sortira un ou deux malades. Devra-t-on renvoyer le personnel à domicile ou en réquisitionner en cas d'entrants multiples dans l'unité.

**Art. D 712 - 111**

Les conditions environnementales du service de réanimation sont parfaitement harmonieuses avec la plus grande logique, à savoir : radiologie, échographie, endoscopie, bloc opératoire, scannographie, laboratoire dans l'établissement ou dans un établissement proche avec convention.

Les articles relatifs aux soins intensifs et à la surveillance continue ne posent pas de problème particulier, si ce n'est pour les soins intensifs, une définition insuffisante de la qualité des patients. Existe-t-il vraiment des patients ayant une défaillance mono-viscérale et si oui, pendant combien de

temps ? Quelle doit être la présence médicale sur place ou d'astreinte, en particulier dans le cadre de la cardiologie ?

Pour la surveillance continue : quelle est la limite de gravité des patients autorisés : intubation, ventilation .... ?

**AU TOTAL**

On peut considérer que ces décrets concernant les services de réanimation ne poseront pas de problèmes aux CHU étant donné la proportion d'anesthésistes ou de réanimateurs qui existent dans ces établissements.

Par contre, pour nos hôpitaux non universitaires, nombreux sont ceux qui vont rencontrer de graves problèmes de restructuration. Là encore, c'est la politique qui décidera de leur devenir.

- Ou il est souhaité que les services de réanimation soient centralisés dans les grands pôles de santé, type CHU et il faudra fermer tous les services de réanimation de plus faible dimension. N'oublions pas que " les petits services " représentent 60 % des lits de réanimation en France.

- Ou il sera nécessaire de regrouper les services de réanimation avec toutes les restructurations inter-hospitalières et les activités multisites que cela devra entraîner.

- Ou il est vraiment nécessaire de réapprécier la démographie médicale de notre spécialité afin de pouvoir redistribuer les postes nécessaires aux bons fonctionnements des différents établissements.

PS : Quelques exemples :

- Hôpital X : service de réanimation de 8 lits : 1 Anesthésiste réanimateur et 1 garde sur place assurée par des assistants généralistes.
- Hôpital Y : service de 6 lits : assuré depuis 20 ans par des anesthésistes réanimateurs qui prennent 6 à 8 gardes par mois.
- Hôpital Z : service de 12 lits de réanimation : gardes assurées par des praticiens hospitaliers et des internes, les PH assurant en moyenne 2 gardes par mois.

**Cherchez les erreurs et quel est le service qui rentre aujourd'hui dans le texte de loi ?**

**Qu'en sera t-il lorsqu'il faudra appliquer les 35 heures ou les 48, ainsi que le repos de sécurité ?**

**DÉCRET N° 2002-465 DU 5 AVRIL 2002 RELATIF AUX ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ PUBLICS ET PRIVÉS PRATIQUANT LA RÉANIMATION ET MODIFIANT LE CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE (DEUXIÈME PARTIE : DÉCRETS EN CONSEIL D'ETAT)**

(Journal officiel du 7 avril 2002)

Le Premier ministre,  
Sur le rapport de la ministre de l'emploi et de la solidarité,  
Vu le code de la santé publique ;  
Le Conseil d'Etat (section sociale) entendu,  
Décrète :

**Art. 1er. - I. - L'article R. 712-2 du code de la santé publique est ainsi modifié :**

Au I, il est ajouté un 7 ainsi rédigé :

" 7. Réanimation "

**II. - L'article R. 712-7 du même code est ainsi modifié :**

1. Le b du 1 est ainsi rédigé :

" b) Pour l'activité de soins visée au 5° du III de l'article R. 712-2 ; "

2. Le a du 3 est ainsi rédigé :

" a) Pour la réanimation et les soins de suite et de réadaptation ; "

3. Le c du 3 est ainsi rédigé :

" c) Pour les activités de soins énumérées aux 6° à 10°, à l'exception dans le 9° de l'activité obstétrique qui s'apprécie au niveau du secteur sanitaire, et au 12° du III de l'article R. 712-2. "

**III. - L'article R. 712-48 du même code est ainsi modifié :**

Au I, il est inséré un d ainsi rédigé :

" d) Les installations correspondant à la discipline mentionnée au 7 du I de l'article R. 712-2. "

Art. 2. - Au livre VII du code de la santé publique (deuxième partie : Décrets en Conseil d'Etat), titre Ier, chapitre II, section IV, est insérée, après l'article R. 712-89, une sous-section 3 ainsi rédigée :

" Sous-section 3

" Réanimation

" Art. R. 712-90. - Les soins de réanimation sont destinés à des patients qui présentent ou sont susceptibles de présenter plusieurs défaillances viscérales aiguës mettant directement en jeu le pronostic vital et impliquant le recours à des méthodes de suppléance.

" Art. R. 712-91. - L'activité de soins de réanimation est exercée dans les établissements de santé comprenant une ou plusieurs unités organisées à cette fin, pouvant assurer la mise en oeuvre prolongée de techniques spécifiques, l'utilisation de dispositifs médicaux spécialisés ainsi qu'une permanence médicale et paramédicale à la disposition exclusive de l'unité.

" Art. R. 712-92. - L'unité de réanimation est organisée :

" 1° Dans les établissements publics de santé, en unité fonctionnelle, service, département ou fédération ;

" 2° Dans les établissements de santé privés,

en unité individualisée.

" Art. R. 712-93. - L'unité de réanimation comporte au minimum huit lits. A titre dérogatoire, après analyse des besoins de la population et lorsque l'éloignement de l'établissement pratiquant la réanimation impose des temps de trajets excessifs à une partie significative de la population, le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation peut fixer cette capacité minimale à six lits.

" Art. R. 712-94. - L'autorisation prévue par le 3° de l'article L. 6122-1 nécessaire à un établissement de santé pour exercer l'activité de soins de réanimation mentionnée au b du III de l'article R. 712-2 ne peut lui être accordée que :

" a) S'il dispose en hospitalisation complète d'installations de médecine et de chirurgie ou d'installations de chirurgie. Toutefois, à titre dérogatoire, l'autorisation d'exercer l'activité de soins de réanimation peut être délivrée à un établissement de santé ne disposant que d'installations de médecine en hospitalisation complète s'il a conclu avec un ou plusieurs établissements de santé disposant d'installations de chirurgie une convention organisant le transfert des patients dans ces établissements ;

" b) S'il comporte au moins une unité de surveillance continue ;

" c) S'il est en mesure soit d'accueillir lui-même les patients dans une unité de soins intensifs, soit de les faire transférer dans un établissement disposant d'une telle unité avec lequel il a passé une convention.

" Art. R. 712-95. - Les unités de réanimation :

" a) Assurent vingt-quatre heures sur vingt-quatre, tous les jours de l'année, l'accueil et la prise en charge diagnostique et thérapeutique ainsi que la surveillance des patients visés à l'article R. 712-90 ;

" b) Assurent la sécurité et la continuité des soins en organisant le retour et le transfert des patients dans les unités de surveillance continue ou toute autre unité d'hospitalisation complète dès que leur état de santé le permet. A cet effet, les établissements exerçant les activités de réanimation passent des conventions avec d'autres établissements possédant ces unités afin de définir les modalités permettant d'y transférer les patients. "

Art. 3. - Les schémas régionaux d'organisation sanitaire en vigueur à la date de la publication du présent décret devront être révisés, en ce qui concerne la réanimation, dans un délai de dix-huit mois à compter de cette date afin de tenir compte des dispositions des articles R. 712-90 à R. 712-95 du code de la santé publique.

Art. 4. - Tout établissement souhaitant exercer ou continuer à exercer l'activité de soins de réanimation mentionnée au 6 du III de l'article R. 712-2 du code de la santé publique est tenu de solliciter l'autorisation prévue par le 3° de l'article L. 6122-1 du même code. La première période pendant laquelle les établissements de

santé devront déposer des demandes d'autorisation mentionnées à l'article R. 712-38 de ce code sera ouverte, par dérogation aux dispositions de l'article R. 712-39 du même code, par arrêté du ministre chargé de la santé au terme du délai prévu à l'article 3 ci-dessus pour la révision des schémas régionaux d'organisation sanitaire. Cette période sera de six mois. La date de clôture de cette période fait courir le délai de six mois prévu au troisième alinéa de l'article L. 6122-10 de ce code.

Art. 5. - L'autorisation nécessaire pour exercer l'activité de soins de réanimation pourra être accordée à un établissement de santé pratiquant la réanimation à la date d'ouverture de la période prévue à l'article 4 ci-dessus et ne satisfaisant pas encore aux dispositions des articles R. 712-90 à R. 712-95 du code de la santé publique à condition que cet établissement se mette en conformité avec ces dispositions dans un délai de cinq ans à compter de la date de publication du présent décret.

Art. 6. - Les unités de réanimation spécialisées en activité médicale ou chirurgicale et rattachées à des services de médecine ou de chirurgie à la date de publication du présent décret pourront obtenir l'autorisation mentionnée à l'article R. 712-94 du code de la santé publique dans les conditions énoncées ci-après :

1° Pour les unités de réanimation spécialisées en activité

médicale, seules pourront être autorisées les unités rattachées à un service de médecine agréé pour la formation pratique du diplôme d'études spécialisées de réanimation médicale ;

2° Pour les unités de réanimation spécialisées en activité chirurgicale, seules pourront être autorisées les unités rattachées à un service ou à un département de chirurgie et placées sous la responsabilité d'un médecin répondant aux conditions énumérées au 1° de l'article D. 712-108 du code de la santé publique et désigné avec l'accord conjoint des chefs de service ou de département de chirurgie et d'anesthésie-réanimation concernés.

Art. 7. - La ministre de l'emploi et de la solidarité et le ministre délégué à la santé sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au Journal officiel de la République française. Fait à Paris, le 5 avril 2002.

Lionel Jospin

Par le Premier ministre :  
La ministre de l'emploi et de la solidarité,  
Élisabeth Guigou  
Le ministre délégué à la santé,  
Bernard Kouchner

DÉCRET N° 2002-466 DU 5 AVRIL 2002 RELATIF AUX CONDITIONS TECHNIQUES DE FONCTIONNEMENT AUXQUELLES DOIVENT SATISFAIRE LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ POUR PRATIQUER LES ACTIVITÉS DE RÉANIMATION, DE SOINS INTENSIFS ET DE SURVEILLANCE CONTINUE ET MODIFIANT LE CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE (TROISIÈME PARTIE : DÉCRETS SIMPLES)  
NOR : MESH0220983D - (Journal officiel du 7 avril 2002)

Le Premier ministre,

Sur le rapport de la ministre de l'emploi et de la solidarité,

Vu le code de la santé publique ;

Vu le décret n° 2002-465 du 5 avril 2002 relatif aux établissements de santé publics et privés pratiquant la réanimation et modifiant le code de la santé publique (deuxième partie : Décrets en Conseil d'Etat) ;

Vu l'avis du Comité national de l'organisation sanitaire et sociale en date du 8 février 2001 ;

Après avis du Conseil d'Etat (section sociale),  
Décrète :

**Art. 1er. - Au livre VII du code de la santé publique (troisième partie : Décrets simples), titre Ier, chapitre II, section III, sont insérées, après l'article D. 712-103, les sous-sections 5 à 7 ainsi rédigées :**

" Sous-section 5

" Conditions techniques de fonctionnement relatives à la réanimation

" Art. D. 712-104. - L'unité de réanimation dispose de locaux distribués en trois zones :

" 1° Une zone d'accueil, située en amont de la zone technique et de la zone d'hospitalisation, permettant le

contrôle des flux entrants de personnels, de malades, de visiteurs et de matériels ;

" 2° Une zone d'hospitalisation ;

" 3° Une zone technique de nettoyage, de décontamination et de rangement de matériel.

" Art. D. 712-105. - L'unité de réanimation dispose d'une pièce, en son sein ou à proximité immédiate, permettant aux médecins d'assurer la permanence médicale sur place vingt-quatre heures sur vingt-quatre, tous les jours de l'année.

" Art. D. 712-106. - Dans toute unité de réanimation, la permanence médicale est assurée par au moins un médecin membre de l'équipe médicale dont la composition est définie à l'article D. 712-108. Dans les établissements de santé publics et les établissements privés participant au service public hospitalier, elle peut être assurée en dehors du service de jour par un interne en médecine dans des conditions fixées par arrêté du ministre chargé de la santé. Dans ce cas, un médecin de l'équipe médicale mentionnée à l'article D. 712-108 est placé en astreinte opérationnelle.

" Art. D. 712-107. - Le responsable d'une unité de réanimation pour adultes est titulaire, selon l'orientation médicale, chirurgicale ou médico-chirurgicale de l'unité, de l'un des diplômes ou qualifications mentionnés aux 1°

et 2° de l'article D. 712-108.

" Le responsable d'une unité de réanimation pédiatrique est :

" - qualifié spécialiste en pédiatrie lorsque l'unité est à orientation médico-chirurgicale ou médicale ;

" - qualifié spécialiste ou compétent en anesthésie-réanimation ou qualifié spécialiste en anesthésiologie-réanimation chirurgicale lorsque l'unité est à orientation chirurgicale.

" Art. D. 712-108. - L'équipe médicale d'une unité de réanimation comprend :

" 1° Un ou plusieurs médecins qualifiés compétents en réanimation ou titulaires du diplôme d'études spécialisées complémentaire de réanimation médicale lorsqu'il s'agit d'une unité à orientation médicale ou médico-chirurgicale ;

" 2° Un ou plusieurs médecins qualifiés spécialistes ou compétents en anesthésie-réanimation ou qualifiés spécialistes en anesthésiologie-réanimation chirurgicale lorsqu'il s'agit d'une unité à orientation chirurgicale ou médico-chirurgicale ;

" 3° Le cas échéant, un ou plusieurs médecins ayant une expérience attestée en réanimation selon des modalités précisées par arrêté du ministre chargé de la santé.

" L'équipe médicale d'une unité de réanimation pédiatrique comprend, en outre, un ou plusieurs médecins qualifiés spécialistes en pédiatrie.

" Art. D. 712-109. - Sous la responsabilité d'un cadre infirmier, l'équipe paramédicale d'une unité de réanimation comprend au minimum :

" - deux infirmiers pour cinq patients ;

" - un aide-soignant pour quatre patients.

" L'équipe paramédicale d'une unité de réanimation pédiatrique comprend, en outre, au moins une puéricultrice.

" Art. D. 712-110. - L'établissement de santé doit être en mesure de faire intervenir en permanence un masseur-kinésithérapeute justifiant d'une expérience attestée en réanimation et doit disposer, en tant que de besoin, d'un psychologue ou d'un psychiatre et de personnel à compétence biomédicale.

" Art. D. 712-111. - L'activité de réanimation ne peut être autorisée que si l'établissement de santé dispose sur place vingt-quatre heures sur vingt-quatre, tous les jours de l'année :

" 1° Des équipements mobiles permettant de réaliser, éventuellement dans les chambres de l'unité de réanimation lorsque les conditions de prise en charge du patient le justifient, des examens de radiologie classique, d'échographie et d'endoscopie bronchique et digestive ;

" 2° D'un secteur opératoire organisé de façon à mettre à la disposition de l'unité au moins une salle aseptique et des moyens de surveillance post-interventionnelle répondant aux conditions fixées par les articles D. 712-45 à D. 712-50 ;

" 3° De moyens techniques permettant de pratiquer les examens en scanographie, angiographie et imagerie par résonance magnétique ;

" 4° D'un laboratoire en mesure de pratiquer des examens de bactériologie, hématologie, biochimie ainsi que ceux relatifs à l'hémostase et aux gaz du sang.

" Les établissements ne disposant pas des moyens prévus aux 2° à 4° ci-dessus peuvent passer une convention avec un établissement en disposant.

" Lorsque la prestation est assurée par convention, elle doit l'être dans des délais compatibles avec les impératifs de sécurité.

" Sous-section 6

" Conditions techniques de fonctionnement relatives aux soins intensifs

" Paragraphe 1er

" Conditions générales

" Art. D. 712-112. - Les soins intensifs sont pratiqués dans les établissements de santé comprenant une ou plusieurs unités organisées pour prendre en charge des patients qui présentent ou sont susceptibles de présenter une défaillance aiguë de l'organe concerné par la spécialité au titre de laquelle ils sont traités mettant directement en jeu à court terme leur pronostic vital et impliquant le recours à une méthode de suppléance.

" Art. D. 712-113. - Le fonctionnement d'une unité de soins intensifs doit être organisé de façon à ce qu'elle soit en mesure d'assurer la mise en oeuvre prolongée de techniques spécifiques, l'utilisation de dispositifs médicaux spécialisés ainsi qu'une permanence médicale et paramédicale permettant l'accueil des patients et leur prise en charge vingt-quatre heures sur vingt-quatre, tous les jours de l'année.

" L'unité de soins intensifs doit pouvoir assurer le transfert des patients visés à l'article D. 712-112 vers une unité de surveillance continue ou une unité d'hospitalisation dès que leur état de santé le permet, ou dans une unité de réanimation si leur état le nécessite.

" Art. D. 712-114. - L'unité de soins intensifs ne peut fonctionner qu'au sein d'un établissement disposant, selon la nature de la spécialité concernée, d'installations de médecine ou de chirurgie en hospitalisation complète.

" Paragraphe 2

" Conditions particulières aux soins intensifs cardiologiques

" Art. D. 712-115. - L'unité de soins intensifs cardiologiques est organisée :

" 1° Dans les établissements publics de santé, en unité fonctionnelle, service, département ou fédération ;

" 2° Dans les établissements de santé privés, en unité individualisée.

" Art. D. 712-116. - L'unité de soins intensifs cardiologiques comporte au minimum six lits. Elle ne peut fonctionner que dans un établissement exerçant des activités de cardiologie.

" Art. D. 712-117. - Dans toute unité de soins intensifs cardiologiques, la permanence médicale est assurée par au moins un médecin membre de l'équipe médicale définie à l'article D. 712-119. Dans les établissements de santé publics et les établissements privés participant au service public hospitalier, elle peut être assurée, en dehors du service de jour, par un interne en médecine dans des conditions fixées par arrêté du ministre chargé de la santé. Dans ce cas, un médecin de l'équipe médicale mentionnée à l'article D. 712-119 est placé en astreinte opérationnelle.

" Art. D. 712-118. - Le responsable de l'unité de soins intensifs cardiologiques est titulaire de l'une des qualifications mentionnées à l'article D. 712-119.

" Art. D. 712-119. - L'équipe médicale est composée de médecins qualifiés spécialistes ou compétents en cardiologie et médecine des affections vasculaires ou qualifiés spécialistes en pathologie cardio-vasculaire.

" Art. D. 712-120. - Sous la responsabilité d'un cadre infirmier, l'équipe paramédicale de l'unité de soins intensifs cardiologiques comprend :

" - de jour, un infirmier et un aide-soignant pour quatre patients ;

" - de nuit, au moins un infirmier pour huit patients.

" Lorsque, pour huit patients présents la nuit, un seul infirmier est affecté à l'unité, doit être en outre prévue la présence d'un aide-soignant.

" Art. D. 712-121. - L'établissement doit être en mesure de faire intervenir en permanence un masseur-kinésithérapeute et doit disposer, en tant que de besoin, d'un psychologue ou d'un psychiatre et de personnel à compétence biomédicale.

" Art. D. 712-122. - L'établissement dispose vingt-quatre heures sur vingt-quatre, tous les jours de l'année :

" 1° Sur place :

" - des moyens techniques permettant de pratiquer les examens de radiologie conventionnelle ;

" - d'un écho-doppler avec mode M et sonde transoesophagienne.

" 2° Sur place ou par convention avec un autre établissement en disposant :

" - des moyens techniques permettant de pratiquer des scintigraphies, des examens en scanographie, en imagerie par résonance magnétique et des angiographies pulmonaires et vasculaires ;

" - d'un laboratoire en mesure de pratiquer des examens de bactériologie, hématologie, biochimie ainsi que ceux relatifs à l'hémostase et aux gaz du sang.

" Lorsque la prestation est assurée par convention, elle doit l'être dans des délais compatibles avec les impératifs de sécurité.

" Art. D. 712-123. - L'unité de soins intensifs cardiologiques ainsi que l'unité de médecine de la spécialité à laquelle elle est rattachée doivent avoir accès, vingt-quatre heures sur vingt-quatre, au sein de l'établissement d'implantation ou, en dehors de celui-ci par voie de convention, à une salle de coronarographie diagnostique et interventionnelle.

" Art. D. 712-124. - L'établissement de santé dans lequel fonctionne une unité de soins intensifs cardiologiques passe une convention précisant les conditions de transfert des patients avec des établissements de santé disposant d'une unité de réanimation.

" Sous-section 7

" Conditions techniques de fonctionnement relatives à la surveillance continue

" Art. D. 712-125. - La surveillance continue est pratiquée dans les établissements de santé comprenant une ou exceptionnellement plusieurs unités, si la taille de l'établissement le justifie, organisées pour prendre en charge des malades qui nécessitent, en raison de la gravité de leur état, ou du traitement qui leur est appliqué,

une observation clinique et biologique répétée et méthodique.

" Art. D. 712-126. - L'unité de surveillance continue peut fonctionner dans un établissement de santé ne disposant ni d'unité de réanimation, ni d'unité de soins intensifs s'il a conclu une convention précisant les conditions de transfert des patients avec des établissements disposant d'une unité de réanimation ou de soins intensifs. "

Art. 2. - Par dérogation, les médecins chefs de service de réanimation des établissements publics de santé qui, à la date de la publication du présent décret, ne sont pas titulaires des qualifications prévues à l'article D. 712-107 peuvent être maintenus dans leurs fonctions jusqu'à l'expiration de leur mandat en cours.

Art. 3. - A titre transitoire, les établissements de santé dont les installations ne satisfont pas, à la date de la publication du présent décret, aux conditions techniques de fonctionnement prévues aux articles D. 712-104 à D. 712-126 du code de la santé publique disposent d'un délai de cinq ans à compter de cette date pour se conformer à ces dispositions.

Art. 4. - La ministre de l'emploi et de la solidarité et le ministre délégué à la santé sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au Journal officiel de la République française. Fait à Paris, le 5 avril 2002.

Lionel Jospin

Par le Premier ministre :

La ministre de l'emploi et de la solidarité,

Élisabeth Guigou

Le ministre délégué à la santé,

Bernard Kouchner

## CONVOCAZIONE A L'ASSEMBLEE GENERALE

L'Assemblée Générale Statutaire annuelle aura lieu :

Le Vendredi 20 Septembre 2002 de 17h à 19 h

( le N° de la salle vous sera communiqué dans le mois qui précède)

au Palais des Congrès, Porte Maillot - 75015 PARIS, sur les lieux du congrès de la SFAR.

### Ordre du jour

- Rapport du Président
- Rapport du Trésorier
- Bilan annuel de l'activité syndicale : Démographie, RTT, Repos de sécurité, Comités de suivi de protocoles.

Elections au Conseil d'Administration - Appel de Candidatures pour postes à pourvoir : 5 membres sortants (Dr BRECHIGNAC, Dr PERUCHO, Dr BRETSZTAJN, Dr VALERI, Dr REYES)

### POUVOIR

SYNDICAT NATIONAL des MEDECINS ANESTHESISTES REANIMATEURS

des HOPITAUX NON UNIVERSITAIRES (SNMARHNU)

(Assemblée Générale du 20 SEPTEMBRE 2002)

Je soussigné

Docteur .....

Membre du SNMARHNU

Exerçant au Centre Hospitalier de .....

donne tous pouvoirs au Dr .....ou au Dr.....

membre titulaire (cotisation 2002 à jour) du SNMARHNU à l'effet de :

- me représenter à l'Assemblée Générale du SNMARHNU qui se tiendra le 20 septembre 2002

- prendre part à tous votes, à toutes discussions, accepter toutes fonctions, émarger toute feuille de présence, et généralement, faire le nécessaire pour exercer les droits de tous les adhérents, lors d'une telle réunion.

Porter ci-contre la mention manuscrite : A le 2002

"Bon pour Pouvoir"

Signature

Pouvoir à adresser au Secrétaire général :

Docteur D. GOUARD - Service d'Anesthésie

CH - 17019 LA ROCHELLE Cedex 01

Les cotisations pourront être données sur place au Trésorier lors de l'Assemblée Générale ou accompagner ce pouvoir.

## PROBLÈME DE DÉMOGRAPHIE

**Nous publions ci-dessous l'analyse fouillée du Dr Emile Giraud des problèmes de démographie affectant notre spécialité, et les solutions qu'ils préconise qui sont aussi celles du syndicat. Ce retour sur le problème permanent du déficit démographique dans les spécialités à fortes contraintes, et singulièrement de l'anesthésie-réanimation, est motivé par la parution récente au J.O. de décrets mettant en place l'Observatoire de la Démographie des Professions de Santé. Cette création est un des résultats des travaux de la Commission Démographie qui s'est réunie au Ministère pendant les années 2000 et 2001, travaux auxquels Emile Giraud, du SNMARHNU, a participé au titre de la C.H.G. (Tous les textes sont disponibles sur notre site [www.sanmarhnu.org](http://www.sanmarhnu.org))**

### INTRODUCTION

La démographie médicale fut et demeure un long combat et ses enjeux sont loin d'être dénués d'arrière-pensée.

II - LA LOI DU 23 DECEMBRE 1982 portant réforme des études médicales oblige l'accès au troisième cycle spécialisé par la voie du concours de l'internat (1984). Il y a donc disparition des CES et pour nous du CESAR. Le numerus clausus qui fixe depuis 1971 le nombre d'étudiants autorisés à poursuivre leurs études, permet de réguler le flux global des étudiants mais ne les oriente pas vers les spécialités dites "dures" : anesthésie, réanimation, obstétrique, néo-natologie ... La régulation s'exerce donc au détriment des spécialités déjà sinistrées. Enfin, l'internat qualifiant fait passer le nombre de MAR en formation de 300 à 125, alors qu'entre 2000 et 2005 les départs vont passer de 150 à 300.

III - LA THESE DE SYLVIA PONTONE publiée en 1989-90 est "une analyse démographique descriptive et prévisionnelle d'un corps professionnel médical français : l'anesthésiologie et la réanimation chirurgicale de 1958 à 1989." Cette étude prévoit une modification démographique préoccupante dès 2001. Sont décrites déjà les inversions des pyramides d'âge, les inégalités Nord - Sud, les inégalités CHU - CHG.

Les publications traitant de ce problème démographique vont voir leur nombre croître : "une aide à l'évaluation des besoins des hôpitaux en spécialistes d'anesthésie-réanimation (1987) - M.O. CABRIDAIN, G. DE POUVOURVILLE", "l'anesthésie en France, une spécialité sinistrée -(1991) - MANELLI", "l'avenir démographique des médecins anesthésiste-réanimateurs (1991) - P. FÉISS", etc.

Des travaux sont faits dans les régions. En Lorraine en 1993 et 1994 grâce à l'Institut Lorrain d'Anesthésie-Réanimation. Etudes comparatives en 1997, thèse de 3e cycle le 23.10.2000 du Docteur CARON Vincent : "parcours professionnel des MAR qui ont été formés ou exercent en Lorraine". En Poitou-Charentes les mêmes courbes démographiques sont établies et exactement

superposables à celles de Sylvia PONTONE.

IV - Le SNMARHNU quant à lui produit son premier livre blanc d'anesthésie en janvier 1989 sous la plume du Docteur DUCREUX. Suivent trois autres livres blancs en décembre 97, septembre 98 et mars 99. Ces documents rédigés par les membres du Bureau et les délégués régionaux seront envoyés aux ARH, aux DRASS, à la DHOS, aux membres des commissions sociales de l'Assemblée Nationale et du Sénat. Documents d'analyse et surtout de propositions, beaucoup de nos idées seront reprises dans le rapport NICOLAS. Par ailleurs, beaucoup d'interventions, grâce aux relations des uns et des autres ont été faites à l'Assemblée Nationale par le biais des questions écrites au Gouvernement.

V - En Septembre 1999, le CFAR publie les résultats d'une enquête démographique en collaboration avec la SFAR et l'INED.

Le 1er janvier 1999, nous sommes entre 8500 et 8600 AR en France, soit une densité de 14,1 à 14,3 AR pour 100 000 habitants. Cette enquête confirme le vieillissement des AR avec une pyramide des âges dysharmonieuse, les 30-40 ans étant trois fois moins nombreux que les 40-50 ans. Cette densité est très inégalitaire avec les régions : 8,8 MAR pour 100 000 habitants en Picardie, 10,2 en Haute Normandie et Pas de Calais par exemple, contre 14,8 en Languedoc-Roussillon et en Aquitaine, 15,2 en Midi-Pyrénées et 16 en Ile de France.

A la question " quand comptez-vous partir à la retraite ? " la réponse est la suivante : 14 % avant 60 ans, 43 % à 60 ans, et 41 % entre 61 ans et 65 ans. De 2005 à 2008 les départs passeront de 200 à plus de 300 alors que la formation est de 150 anesthésistes-réanimateurs par an.

Il est remarquable que les histogrammes de Sylvia PONTONE en 1989, et ceux des régions sont superposables à ceux de l'enquête.

A la suite de tous ces travaux et des interventions conjointes des syndicats, en particulier ceux des spécialités sinistrées, les pouvoirs publics demandent au Professeur Guy NICOLAS un rapport sur la démographie.

VI - CE PREMIER RAPPORT (Guy Nicolas) porte sur " l'adéquation entre les besoins et les effectifs en anesthésie, obstétrique, psychiatrie et radiologie ". Ce rapport est une recherche d'informations et un document d'analyse.

Tout d'abord, on constate une augmentation du nombre des médecins qui passent de 86 200 à 175 000 de 1977 à 1997.

Ce rapport ensuite dénonce ce que l'on savait, nous, depuis longtemps :  
- une disparité entre les régions Nord - Sud, en particulier pour les spécialistes,  
- une disparité entre la médecine libérale et hospitalière :

c'est le cas pour la psychiatrie et la radiologie, qui ne manquent pas d'effectifs, mais qui se trouvent presque tous en secteur libéral ; disparité entre les disciplines, avec, nous l'avons vu, le défaut de régulation entre les spécialités "dures" et les spécialités "douces" que ne règle pas le numerus clausus,  
- les gynéco-obstétriciens voient leurs effectifs vieillir aussi, et à plus de 55 ans beaucoup abandonnent l'obstétrique pour ne faire que de la gynécologie,  
- pour l'anesthésie-réanimation, les effectifs augmentent de 1981 à 1997, surtout entre 1981 et 1988 pour arriver à 8 080 MAR, puis baissent à partir de 1990 de façon brutale. Ils confirment l'hypertrophie de la tranche 45-65 ans, confirment le départ à la retraite à 63 ans dans le privé et notent une modification de l'exercice professionnel à partir de 60 ans dans le public. 300 départs en 2006.

Dans l'analyse des causes de cette désaffection vient en tête la pénibilité (gardes, travail de nuit, disponibilité, continuité des soins).  
Suivent ensuite des causes structurelles comme les difficultés de mutation, l'isolement dans de petites structures, nouvelles charges de travail (matérialisation, hémovigilance, etc), procédures et jurisprudence.  
Enfin, sensation d'injustice entre un praticien travaillant de nuit et en soins continus et des praticiens pratiquant sans garde et bénéficiant d'un secteur privé facile à exploiter et rentable.

Dans ce rapport, trois axes sont définis pour l'action, en partant du principe que les effectifs globaux sont suffisants, que le numerus clausus est maintenu, ainsi que la répartition spécialistes-généralistes :

- en ce qui concerne la démographie médicale :  
- Fixer les quotas par spécialités en cours d'internat : 200 par an, puis progressivement 350 anesthésistes-réanimateurs par an, pour atteindre 380 en 2010.  
- Fixer une répartition régionale des postes de DES.  
- Créer un post-internat de 2 ans renouvelable, la répartition entre les établissements étant faite par l'ARH.

- réorganisation hospitalière :  
- création de réseaux tenant compte des bassins de population et de leur sécurité sanitaire,  
- répartition des missions autour d'un centre hospitalier référent,  
- création de convention entre le secteur privé et le secteur public : ordonnance du 24 avril 1996,  
- définition des plateaux techniques,  
- création de pôle de gardes,  
- mobilité plus facile des praticiens hospitaliers entre les différents établissements,  
- affectation à un centre hospitalier général de tout nouveau PH ayant terminé son cursus,  
- limitation du chefferie de service à deux mandats et organisation de la proximité,  
- reconnaissance de la pénibilité d'exercice de façon spécifique en se basant sur la permanence de l'accueil, la continuité des soins, la présence d'un plateau technique, par des mesures d'ordre statutaire ou financier.

VII - Un deuxième rapport NICOLAS (juin 2001) a été diligenté. Après la recherche de l'information, il se veut un document de propositions. L'on sent quand même dans ce texte les pressions du pouvoir public (glissement des tâches), et du lobbying universitaire (création du poste d'assistant en CHU).

- Les notions classiques sont reprises, telles que le déséquilibre géographique, le déséquilibre généralistes-spécialistes et le rapport généralistes-spécialistes.

- En corollaire, les causes de ces déséquilibres sont montrées du doigt dans ce rapport :  
- le numerus clausus  
- le rééquilibrage généralistes-spécialistes qui ne se fait que par application de la loi du 28 décembre 1982, par limitation des places d'internat, le CES disparu. De plus, il y a une aspiration des diplômés par le secteur privé, et la réduction du nombre d'internes et d'étudiants concentre ceux-ci dans les CHU. Une remontée du numerus clausus aura des effets dans 10-12 ans alors que de nombreux hôpitaux généraux sont déjà en dysfonctionnement vis à vis des lois sur la sécurité en anesthésie (maternité par exemple).

- 9 propositions sont faites en correction des causes de déséquilibre :

1 - " Assurer la maîtrise de l'évolution des effectifs dans les différentes spécialités en déterminant à l'avance le nombre de places ouvertes au concours d'internat en spécialité "  
Cela veut dire qu'il faut trois nouvelles filières de spécialités : anesthésie-réanimation, gynécologie-obstétrique et pédiatrie.

Commentaires :

Les internes sont concentrés dans les CHU et il y a longtemps que nous n'en avons presque plus, voire plus du tout, dans les hôpitaux généraux.

2 - " Réviser les procédures d'agrément des services formateurs sur la base d'un cahier des charges national précis par spécialités " :

Pour nous, ceci a été fait par la SFAR qui a défini un certain nombre de critères pour valider les services formateurs, et mise en route des carnets de stage.

3 - " Revoir les maquettes de formation en y intégrant les tronc communs de formation " :

Cela veut dire prévoir des tronc de formation communs par spécialités voisines, en introduisant des matières nouvelles (épidémiologie). C'est obliger les échanges en inter-région.

Commentaire :

OK pour les échanges en inter-région et inter-hôpital encore faut-il que ces mouvements ne se fassent pas dans le seul sens CHG vers CHU.

4 - " Mettre en place des passerelles entre les spécialités " :

C'est une de nos très anciennes demandes, en particulier pour les médecins de SAMU, mais il faut acquérir une formation équivalente avec un dispositif de validation des compétences.

Commentaire :

Pour les passerelles public-privé, il faut prendre garde que nos jeunes confrères ne se retrouvent pas tous en privé et les plus âgés à la recherche d'une pré-retraite dans le public.

5 - " Instituer une régulation à l'installation des médecins spécialistes et des médecins généralistes " :

Commentaire :

Il est clair que cela remet en cause la liberté d'installation (2008). Encore faudrait-il assortir ces mesures d'une attractivité conséquente.

Se pose le problème du concours de PH pour les hôpitaux publics. Il est beaucoup plus facile d'aller plus tôt dans le

privé, sans concours, que de prendre la filière publique avec concours de PH, une année de probation et titularisation. L'importance donnée aux titres et travaux et services rendus dans le concours, chez les jeunes praticiens qui finissent leurs études, est difficile à comprendre du fait de leur âge.

#### 6 – " Créer un post-internat accessible à tous en créant un corps unique d'assistance hospitalière " : Commentaires :

Cette proposition allonge de façon sensible la durée des études et je crains que cette mesure ne précipite encore plus vite les spécialistes vers le privé.

Actuellement, il n'y a pas de poste d'assistant dans les CHU . Cette création entrainerait une récupération des postes de périphérie et leur budget pour conforter la masse médicale du CHU au détriment de nos postes vides. Pendant la discussion lors de l'élaboration de ce rapport, les CHU avaient déjà fait toute une série de propositions pour utiliser nos postes avec 70 %, 50 % et 20 % du temps donné aux structures universitaires sur nos propres budgets. Qu'on nous laisse nos budgets et avec un peu de liberté nous serons attractifs. Cette position a été défendue par le SNMARHNU devant la FHF et simultanément.

Les mutations sont difficiles et trop longues. Nous connaissons tous cette situation où un candidat se présente au service alors que nous n'avons pas de poste. Lorsque le poste arrive deux ans après il y a longtemps que le praticien est parti ! " L'avantage " de cette technique est de donner des postes budgétés non pourvus pour financer d'autres projets dans l'hôpital ...

La proposition des chirurgiens concernant la pénurie en chirurgie est la chirurgie ambulatoire. Cela revient à créer des cliniques ouvertes dans les hôpitaux avec un chirurgien qui, basé à plus de 100 km, viendrait opérer. La clientèle privée sera favorisée, la personne qui sera envoyée pour le public ne sera peut-être pas un senior, et enfin l'anesthésiste de l'hôpital devient responsable de l'indication opératoire, du pré-opératoire, du post-opératoire donc des complications. En effet, il n'est pas question pour nous d'assumer la responsabilité médico-légale de ces procédures. Comme on nous le dit souvent nous n'avons pas de compétence chirurgicale ! Enfin, ce type d'exercice forain ignore totalement la transversalité et est contre les règles de sécurité concernant la bonne pratique de notre art.

#### 7 – " Organiser l'activité des spécialistes sur la base de nouvelles modalités autour des plateaux techniques " : Commentaire :

C'est une proposition que nous avons faite dans nos Livres Blancs mais il n'y a jamais eu de SROSS d'anesthésie ni de chirurgie afin d'évaluer qui fait quoi, quelles sont les charges réelles de chaque praticien et quelles sont les difficultés d'organisation sur le terrain. Il faut que les plateaux techniques respectent la sécurité sanitaire des bassins de population, et non concentrer tous les moyens dans le même " coin " d'une région en fonction de pouvoirs politiques locaux irrationnels.

#### 8 – " Redéfinir le rôle des médecins généralistes et des médecins spécialistes " :

Le médecin spécialiste devient le médecin de recours et c'est le généraliste qui est chargé de la coordination des soins, du suivi au long court, tout en demeurant le médecin de première intention.

#### 9 – " Reconnaître le rôle des professionnels de santé non médecins et déterminer pour chaque spécialité les actes qui pourraient être transférés dans leurs champs de compétences propres " :

##### Commentaire :

Pour les IADE les champs de compétences sont définis par décret. Nous conservons la consultation d'anesthésie, l'indication du geste, la qualité de l'exécution de l'acte et le suivi : nous demeurons donc responsables médico-légaux. De plus, l'évolution de la spécialité IADE dans le temps paraît simultanée et comparable à la nôtre en ce qui concerne la pénurie. L'absence de MAR augmenterait la mortalité de 2,5 %.

Dans le même ordre d'idées, nous devenons, étant sur place et thésés, responsables de l'absence de l'obstétricien et du travail des sages-femmes (jurisprudence de Montpellier). Souvent, des médecins non titularisés prennent les gardes en premier " sous couvert " de leur senior, et là encore nous héritons de la responsabilité médico-légale. Ce qui est profondément anormal et injuste car il y a assistance à personne en danger.

Par ailleurs, et je crois qu'il faut le dire, pourquoi importer massivement des médecins hors Communauté Européenne, dont beaucoup sont loin d'avoir le même cursus, alors que nous sacrifions chaque année des générations d'étudiants Bac+2 ou Bac+4. Cette mauvaise habitude contractée depuis longtemps par des chefs de service qui faisaient faire leur travail et des directeurs qui sous-payaient des médecins taillables et corvéables doit disparaître complètement de nos hôpitaux. Enfin, en ne retournant pas dans leur pays, ces médecins ne font pas profiter leurs concitoyens des compétences apprises en France.

Il y a bien sûr des médecins " étrangers " qui ont passé les mêmes concours : ils ne doivent pas être exclus, mais être accueillis alors avec le même niveau de responsabilité et de rémunération. On peut résumer cela en disant : pas de médecins au rabais, mais pas de salaires au rabais.

VIII - Création de l'Observatoire de la démographie des professions de santé et de l'évolution de leurs métiers (arrêté du 01.03.02).

#### 1 – Les tables rondes :

A été donnée toute une série de chiffres concernant les médecins (331 pour 100 000 habitants) ainsi que différents scénarii possibles d'évolution de la démographie. L'information que nous faisons à ce sujet depuis de nombreuses années a paru bien assimilée et comprise par les responsables du ministère :

- héliotropisme
- inégalité régionale et surtout infra-régionale,
- augmentation de la technicité
- vieillissement des " troupes "
- féminisation de plus en plus importante
- application de l'ARTT, de la circulaire européenne, etc.

Ont été évoquées plusieurs solutions :

- augmentation du numerus clausus.
- problèmes d'installation ; nécessité d'une régulation.
- problèmes de cloisonnement de l'information et des filières, le numerus clausus ne réglant pas le problème de la démographie des spécialités sinistrées s'il n'y a pas de régulation en aval de l'internat. Idem pour les médecins généralistes qui sont des spécialistes à part entière dans les nouveaux textes.

- problèmes de passerelles qu'il faut absolument mettre en place pour qu'il y ait des reconversions entre les disciplines, d'où nécessité d'un tronc commun de formation.

- stabilisation des UFR et pour les DRASS application de mesures, certes dans un cadre défini au niveau national, mais avec souplesse d'appréciation régionale et infra-régionale pour une meilleure répartition dans les bassins de population.

- l'accent est mis à la fois sur la quantité mais aussi sur la qualité de la formation.

- l'URCAM insiste sur la nécessité d'étude des besoins par pathologies (épidémiologies, etc), en prenant compte de la prévalence de la maladie, de la gravité, de la faisabilité. Indicateur des moyens à redéployer et à créer pour cette structure, la qualité des soins relève beaucoup de la concertation (sic !) et de la contractualisation.

- glissement des tâches.

#### 3 – Les outils proposés :

- le numerus clausus,
- l'étude des densités dans les régions et à l'intérieur des régions, tout en sachant que l'augmentation des médecins ne résout pas tout (psychiatrie).
- importance de la concertation, du décloisonnement, de la formation, contrôle des filières et nécessité de passerelles entre les spécialités.

#### 4 – 5 ateliers ont été mis en place :

- atelier N° 1 : l'approche par spécialités : quelles sont les priorités ?
- atelier N° 2 : comment définir une densité médicale " cible " pertinente
- atelier N° 3 : exercice professionnel et choix des spécialités ; vers le développement de parcours professionnels ?

- atelier N° 4 : complémentarité entre professionnels de santé
- atelier N° 5 : inégalités territoriales.

5 – La journée se termine par la proposition du Ministre (Mr B. KOUCHNER) de passer le numerus clausus à environ 6 000 : amélioration de la démographie dans 10 ans !

##### Commentaire :

- Les comptes-rendus de ces ateliers n'ont pas été publiés mais a priori les intitulés montrent probablement les directions dans lesquelles va travailler l'observatoire de la démographie.

- Il y a beaucoup de temps à consacrer à ces groupes de travail car les gens que j'ai rencontrés ne connaissent pas bien la différence entre le travail de jour et le travail de nuit et semblent beaucoup plus préoccupés à faire passer des mesures extrêmement générales.

##### **CONCLUSION :**

- Il est très important pour notre syndicat d'être représenté dans cette institution car il y a encore beaucoup d'explications et de notions à faire passer concernant la pénibilité, le travail de nuit, etc, car cet observatoire doit travailler sur tout le corps médical, que l'on soit en soins continus ou en soins discontinus, que l'on prenne des gardes ou non, que l'on ait une charge de travail importante ou moindre.
- Enfin, il reste à faire comprendre quels sont les moyens nécessaires pour " corriger le tir ", et quelles sont les urgences réelles à traiter immédiatement.

Thionville, le 14 mai 2002, Docteur E. GIRAUD

Nous publions ci-dessous un texte intéressant d'un collègue A-R qui met en lumière les contradictions existant entre deux types de pratique médicale.

La première serait une pratique médicale altruiste vécue comme optimale sous l'angle de l'empathie personnalisée des soins mais qui serait devenue contradictoire avec la seconde pensée comme tendance à rechercher les moyens pour tous les médecins de quelque exercice que ce soit à privilégier leur vie personnelle-privée au don de leur temps aux malades, à privilégier la continuité d'une présence socio-familiale à ce qu'ils pensent être une exagération de leur continuité des soins au chevet du malade.

Cette manière de reconsidérer son implication personnelle dans un quelconque rouage de la société n'est pas propre aux médecins, mais acquiert une gravité toute particulière quand on pense qu'aux yeux des observateurs de notre société les médecins sont les derniers remparts du désintéressement personnel et du don total de sa personne.

Les anesthésistes-réanimateurs font partie de ceux chez qui, compte tenu du temps passé objectivement et littéralement au service des autres, cette contradiction est devenue la plus criante, et ce n'est pas par hasard qu'ils l'ont exprimée le plus clairement, à la lumière des changements sociétaux sur les conceptions du travail, sa valeur, son rôle dans une vie individuelle, sa place parmi les autres capacités d'épanouissement.

Personne n'a raison, personne n'a tort; mais la vision de la société change de la part des médecins comme de la part des malades, qui ont souvent recours (en dehors des moments les plus cruciaux où leur jours sont en jeu) maintenant au système de santé comme s'il s'agissait d'un super-marché des soins. Cette tendance lourde de la marchandisation des soins (au sens où la compassion, l'empathie des médecins n'est pas rétribuée socialement par rapport à la prouesse technique ou organisationnelle) qui évolue depuis plusieurs décennies a abouti à la volonté des médecins de se désengager d'une relation compassionnelle superbe, mais non reconnue et surtout très consommatrice de temps.

Cette tendance se voit chez les médecins hospitaliers, et bien sûr chez les anesthésistes-réanimateurs qui sont l'image objectivement suprême de la désincarnation de la médecine humaine, mais aussi chez les médecins généralistes (dits "de famille"), qui n'hésitent plus à faire des viaducs sans toubibs, et à conseiller d'appeler le 15 en cas d'urgence après 18 h. pour quelques euros de plus.

En somme, le texte ci-dessous est pertinent. Mais de la même manière que les infirmières refusent depuis un certain temps déjà d'être des "bonnes soeurs", la plupart de nos collègues (et mandants) refusent d'être des "moines" de la médecine même s'ils reconnaissent que la "continuité" des soins est préférable à leur simple "permanence". C'est d'ailleurs cette "continuité" qui est à l'origine de la démotivation pour les spécialités à forte contrainte et à fort stress, et que ce hiatus démographique ne peut être corrigé que par la notion de "permanence", imparfaite mais fonctionnelle.

Mai 2002, Dr J. Brodeur (Bourges)

## REFLEXION D'UN CLINICIEN A PROPOS DE LA QUALITE EN ANESTHESIE-REANIMATION

La procédure d'accréditation consiste en un contrôle de la présence de procédures de soins et de leur diffusion à l'intérieur de la structure hospitalière. Il s'agit de soins conceptualisés, intemporels, ne tenant compte ni du patient (terrain, antécédents) ni du fonctionnement du service d'hospitalisation. Cette qualité administrative correspond en fait à une qualité d'organisation: il s'agit donc "d'une qualité des soins". Cette "qualité des soins", pour importante qu'elle soit, est assez éloignée de ce que recherche un clinicien, passant ses longues journées auprès des malades: celui-ci, en tant que professionnel, recherche avant tout une qualité de réalisation c'est-à-dire plutôt une "qualité du soin". Cette différence entre ces deux façons de voir traduit celle qui existe entre l'aspect technique qui précise les modalités des gestes à faire face à une maladie et l'aspect individuel qui permet de définir les meilleurs gestes à faire chez un patient bien défini. Il paraît donc utile de rappeler les critères de la "qualité du soin" bien mis à mal depuis quelque temps.

### I) GENERALITES

Soigner un patient correspond à un contrat établi entre un malade et un médecin. Le patient confie son corps et son intimité au médecin pour que celui-ci lui propose des soins parfaitement adaptés à sa maladie et à sa personne. Le médecin soigne un malade et non une maladie. Il doit donc effectuer ou prescrire des soins individualisés ou personnalisés. Si l'on oppose l'individu à l'espèce et la personne au collectif, c'est-à-dire au groupe auquel appartient la personne, il est préférable de choisir le terme de personnalisation à celui d'individualisation. Si l'on respecte cette définition, la personnalisation des soins est le seul moyen, à la fois nécessaire et suffisant, permettant d'effectuer des soins de qualité optimale. Et pourtant, ces soins ne pourront servir de base à une procédure puisqu'ils ne seront pas toujours adaptés à un patient différent soigné par un médecin différent, même s'il est porteur de la même maladie. Cette personnalisation des soins ne peut être atteinte que dans certaines conditions de soins réalisés par des soignants possédant certaines qualités.

- les conditions de soins
- La permanence des soins permet à un patient d'être pris en charge sans trop de délai, quels que soient le jour et l'heure, par un médecin capable de faire face à ses besoins. Il s'agit d'un problème de la collectivité et il est en général résolu au niveau d'une structure hospitalière.
- La continuité des soins est l'aboutissement de la relation qui unit un patient unique à un médecin unique, ou plutôt actuellement à un médecin référent; celui-ci centralise les données cliniques, para-cliniques et les avis des médecins consultants pour établir un projet de soin adapté au patient et à sa pathologie. Il s'agit d'un problème situé au niveau de l'individu correspondant au contrat "médecin-malade"; c'est un moyen absolument nécessaire à la personnalisation des soins car un projet de soin ne peut être réalisé sans continuité des soins.

- les qualités des soignants
- La compétence, acquise à la faculté et à l'hôpital, est entretenue par la formation post-universitaire, la lecture et surtout la pratique quotidienne avec les réflexions et les recherches qu'elle provoque. Les connaissances physiologiques, physio-pathologiques, pharmacologiques, etc..., sont indispensables mais la médecine est l'art d'utiliser ces acquis pour effectuer un soin adapté à l'état pathologique mais aussi aux conditions physiologiques, psychologiques et sociales du patient.
- les qualités humaines, en particulier la disponibilité, la bonne volonté et l'écoute, sont essentielles pour un médecin. Dans le cadre de l'anesthésie-réanimation, l'impossibilité d'expression du patient peut faire perdre de son importance à l'écoute. Par contre, la disponibilité et la bonne volonté restent des qualités fondamentales car elles induisent une grande présence médicale et une facilité d'accès du médecin qui permettent de faire rapidement face aux modifications souvent brutales et inattendues de l'état clinique des patients en situation critique.

### II) EN ANESTHESIE-REANIMATION

Comment peut-on intégrer ces données dans le fonctionnement des différents pôles où interviennent des médecins anesthésistes-réanimateurs ?

#### 1) dans le service des urgences.

La permanence des soins est l'élément fondamental. Elle correspond à la présence d'un médecin sénior 24 heures sur 24. La continuité des soins, en général de brève durée, correspond à la mise en condition avant une hospitalisation ou à la réalisation d'un soin avant le retour à domicile: elle est alors facile à respecter. Mais ce peut être plus difficile dans quelques cas :

- Un patient restant un jour dans une unité d'hospitalisation de courte durée (le service de porte d'autrefois) peut être pris en charge par un médecin à son arrivée et voir un autre praticien effectuer sa sortie.

- Un patient en situation critique est souvent pris en charge sur le lieu de sa détresse par un médecin entouré d'une équipe "SMUR". Il est souhaitable que ce même médecin, et si possible la même équipe, continue à s'occuper de lui en salle de déchocage du service des urgences. Mais il est préférable d'éviter que ce même praticien abandonne brutalement ce patient pour partir en ambulance "SMUR" vers une autre urgence.

#### 2) dans les services d'anesthésie.

C'est le système de garde qui réalise la permanence des soins. La continuité des soins est correcte lorsque le même médecin réalise la consultation et la visite pré-opératoire, l'anesthésie, le réveil et les suites opératoires. On peut cependant admettre que, dans certains types de chirurgie imposant des soins post-opératoires lourds et/ou longs, la phase pré-opératoire et l'anesthésie soient suivies par un médecin et les suites opératoires par un autre médecin qui a examiné le patient avant l'opération. La relève s'effectue alors à la sortie de salle de réveil ou à l'admission en service de réanimation.

#### 3) dans les services de réanimation.

La permanence des soins est assurée par le système de garde. Le praticien de garde est utile pour répondre aux complications ou aux admissions. Mais il n'intervient pas ou peu dans la continuité des soins qui est à la charge du même médecin (ou du groupe de médecins) qui s'occupe du patient pendant toute son hospitalisation car il est préférable d'éviter les relais médicaux chronologiques. La disponibilité médicale doit être grande car une dégradation de l'état clinique peut survenir à n'importe quel moment; et c'est le médecin, habituellement responsable de ce patient, qui pourra le mieux interpréter, comprendre et traiter ce tableau aigu.

### III) LES DIFFICULTES

De nombreuses modifications humaines et sociales se sont produites ces dernières années et, comme elles atteignent chacun de ces aspects, elles vont altérer la qualité du soin. C'est ce que les tutelles essaient de compenser, sans le dire, grâce à l'accréditation qui, en travaillant sur la qualité des soins, semble manquer sa cible.

- L'évolution de la société est en train de faire disparaître la notion de disponibilité, ce qui se perçoit aussi chez les soignants en général et les médecins en particulier; la vocation n'existe plus, et les spécialités lucratives et sans contraintes ont la préférence des internes ce qui explique la difficulté de recrutement des spécialités "lourdes" comme l'anesthésie ou l'obstétrique. Comme dans vie économique où le commerçant n'est plus à la disposition du client, le médecin est de moins en moins à la disposition du malade.
- La formation médicale universitaire ou post-universitaire est orientée vers la partie scientifique plus gratifiante et médiatique. C'est la mode des D.E.A., des conférences de consensus, du double aveugle, des procédures de soin qui s'intéresse à la maladie et qui transforme malheureusement le soignant en technicien effectuant des actes destinés à combattre une pathologie définie mais néglige les composantes physiologique, sociale et psychique du patient, c'est-à-dire l'aspect humain. Ainsi par exemple, le médecin anesthésiste essaie de répondre à la question "ce patient peut-il supporter cette intervention?" au lieu de se demander si "cette intervention peut améliorer les conditions de vie de ce patient".
- Les modifications de l'organisation médicale altèrent aussi la qualité du soin: en effet la lourdeur et la multiplication des tâches administratives et de la paperasserie, la réduction du temps de travail et le repos compensateur réduisent la présence auprès du patient et peuvent empêcher une réelle continuité et personnalisation des soins; par exemple, comment suivre correctement un patient hospitalisé en réanimation si l'on participe à plusieurs réunions quotidiennes et si l'on est absent 2 ou 3 jours par semaine pour RTT, repos compensateur ou même formation? Et l'augmentation du nombre de médecins n'est pas une réponse adaptée. Elle permet au mieux d'organiser une permanence des soins qui n'est que de la poudre aux yeux de l'administration et un cache-misère vis à vis des patients.

Il faut donc comprendre puis dire et écrire que modification du comportement des médecins et diminution du temps de présence médicale entraînent obligatoirement une diminution de la qualité du soin malgré tous les redéploiements, restructurations, réorganisations, etc... que l'administration ou les médecins pourront proposer et qui ne sont que des compromis entre les nécessités des soignants et les besoins des patients, souvent incomplètement couverts. En effet, la qualité du soin dépend surtout du soignant et peu de la structure qui n'intervient que par l'ergonomie. Ainsi l'amélioration de la qualité du soin sera plus grande si l'on améliore le soignant et sa motivation que la structure. Et chaque médecin doit garder à l'esprit que la médecine n'est pas une science exacte mais l'art d'utiliser des connaissances scientifiques pour proposer un traitement adapté au patient et à sa pathologie; et cet art ne peut s'acquiescir qu'avec une longue présence auprès des malades et non dans son bureau ou au cours de réunions.

Mai 2002  
Docteur J. FOGLIANI - C.H. CHAMBERY

## BULLETIN D'ADHESION AU SYNDICAT NATIONAL des MEDECINS ANESTHESISTES REANIMATEURS des Hôpitaux Non Universitaires

NOM : .....  
Prénom : .....  
Année de naissance : ..... Nationalité : .....

### Adresse personnelle

N° Rue/Avenue : .....  
Code Postal : ..... Ville : ..... N° Tel. : .....  
N° Fax : .....  
E mail : .....

### Adresse professionnelle

Centre hospitalier : .....  
Code Postal : ..... Ville : .....  
N° Tel. : .....  
N° Fax : .....  
E mail : .....

N.B. : un bulletin mensuel e-mail sera envoyé tous les débuts de mois à tous ceux qui nous auront fournis leur adresse électronique, permettant à tous les adhérents-cotisants d'être tenus au courant en temps quasi-réel des résultats des dernières réunions, des débats en cours et des derniers textes.

Cursus : - Année de thèse : .....  
- Année de qualification : .....  
- Année de DES : .....  
- Année de CES : .....

### Mode d'exercice :

- CHG  Convention FEHAP  
 Temps Plein  Temps Partiel  Activité libérale

### Responsabilité :

- Chef de service  Coordonnateur  Responsable d'UF

### Fonction :

- PH  PH Contractuel  PH Associé  
 PAC  Attaché  Autres (Préciser) : .....

### Secteur d'activité :

- Anesthésie Bloc  SAMU-SMUR  Urgences  
 Réanimation  Douleur  Autres (Préciser) : .....

### Modifications intervenues dans votre établissement ces deux dernières années :

- Départs : Dr .....  
 Nominations : Dr .....  
 Postes vacants : .....

Cotisation année 2002 - Inscription unique : 110 €  
- Inscription groupées : 100 € (2/3 pers. ou plus)

Formulaire à retourner accompagné de votre règlement à : Docteur BRECHIGNAC  
Centre hospitalier - 74700 SALLANCHES

Merci d'établir vos chèques à l'ordre du SNMARHNU - CCP n° : 33.968.97V 033 La source



## LE SNMARHNU RECU PAR LE MINISTRE, M.MATTEI, LE 04 JUIN 02

Dans le cadre des entretiens organisés par le Ministre de la santé avec les fédérations de médecins, Michel VIGNIER, Président du SNMARHNU et Vice Président de la CHG nous représentait et était mandaté par notre bureau syndical pour rappeler nos priorités : améliorer les conditions d'exercice de ceux qui sont en fonction et attirer les jeunes médecins dans nos spécialités.

L'entrevue était plus que nécessaire pour lever les ambiguïtés sémantiques qui ont suscité de vives émotions dans le monde médical hospitalier. Si le Ministre à plusieurs reprises a affirmé qu'il ne reviendrait pas sur les engagements de ses prédécesseurs relatifs aux 35 h dans les hôpitaux, il restait en suspend le moratoire pour l'application du protocole des médecins demandé par le syndicat des directeurs et repris par Monsieur FILLON.

Nous avons été obligé de faire une explication de texte au Ministre qui manifestement découvrait les arcanes de la structure administrative. En effet les médecins ne relèvent pas de la loi AUBRY mais d'un statut particulier négocié au fil du temps avec les ministres de la santé et la direction des hôpitaux.

Le protocole signé le 22 Octobre 2001 est, en grande partie, l'aboutissement d'une révision du statut de 1984, modifié, pour le mettre aux normes européennes relatives à l'organisation du travail, concernant les médecins, suite au recours des médecins espagnols.  
(arrêté VALENCIANA)

KOUCHNER ne nous a pas fait de cadeaux; il a été contraint d'accepter une mise en conformité de la France, malgré les pressions du Ministre de la santé anglais qui demandait la suspension des mesures. Si KOUCHNER n'avait pas signé, nos syndicats

faisaient un recours à la Cours de Justice Européenne avec une injonction assurée d'obligation de mise aux normes et, en sus, pénalités.

Nous pouvons nous féliciter de la qualité d'écoute et de la compréhension de Monsieur MATTEI qui nous a rassuré sur son engagement à faire appliquer le protocole d'accord d'Octobre 2001 et de faire suivre la signature des décrets et arrêtés actuellement au Conseil d'Etat.

Nous lui avons rappelé que la mise en application est prévue pour le 1 Janvier 2003 avec pour la RTT une antériorité au 1 Janvier 2002. Il confirme qu'il respectera les engagements de la République et qu'il n'a jamais parlé de moratoire pour les médecins.

Toutefois, en ce qui concerne les modalités d'application dans un contexte démographique difficile, il faudra se revoir et envisager toutes les solutions permettant de garantir la sécurité et la qualité des soins dans les hôpitaux en adaptant ces mesures aux réalités du terrain.

Nous avons également évoqué la place du médecin à l'hôpital pour un retour à une vraie position de décideur, envisagé des propositions de management des services pour éviter l'abandon des chefferies de service et attiré l'attention sur le risque des 40 annuités de cotisation pour l'obtention d'une retraite à taux plein.

Qu'en sera t il après les Législatives ? à suivre.

Le 4 juin 2002, Dr Michel Vignier

## COMMUNIQUE DE PRESSE SNMARHNU 20 JUIN 2002

### Application du protocole RTT pour les médecins

Le Syndicat des médecins Anesthésistes Réanimateurs des hôpitaux Non Universitaires (SNMARHNU) a été reçu ce jour par Messieurs GERARD et GROUCHKA du cabinet MATTEI dans le cadre de l'inter-syndicale d'anesthésie-réanimation.

Une discussion franche a permis d'aborder les deux sujets qui sont en suspens depuis l'arrivée du nouveau gouvernement :

- l'application de la RTT et le CET pour les médecins
- l'intégration de la directive Européenne sur l'organisation du travail dans notre statut.

Nous avons été rassurés sur les premières mesures (RTT,CET) qui devraient être applicables avec effet rétroactif au 1 janvier 2002 au cours du dernier trimestre.

Par contre, nous restons très prudents sur la volonté d'intégration des mesures européennes dans le statut, en l'état, pour ce qui concerne :

- L'intégration du travail de nuit dans le temps de travail
- Le repos consécutif à 24 h d'activités
- La valorisation du travail après 48 h hebdomadaire.

Nos interlocuteurs nous ont affirmé que Monsieur le Ministre s'est engagé à Hôpital Expo à appliquer ces mesures en Janvier 2003. Nous ne pourrions mesurer la réalité de ces engagements qu'à l'issue de la réunion de suivi du protocole d'accord, le 1er Juillet 2002.

Sur ce dernier point, le SNMARHNU sera intransigeant et se tient prêt, si cela est nécessaire, à saisir en Septembre, la Cour de Justice Européenne pour mettre en demeure le Gouvernement Français à remplir les obligations ratifiées et à le pénaliser pour ses années de retard d'applications.

Nous restons persuadé que ces mesures sont des facteurs d'attractivité des jeunes médecins vers les hôpitaux publics et de mesures de précautions pour garantir l'amélioration de la prise en charge des patients. Par ailleurs, nous souhaitons participer activement à une révision de la carte sanitaire et à une plus grande participation des réseaux public-privé.

Michel VIGNIER  
Président SNMARHNU