

Le Bureau de l'AAL décide de prendre date et d'envoyer avec accusé de réception le texte de cette motion à toutes les autorités sanitaires et gouvernementales, au CNOM, à la SFAR et au CFAR, à la CNAM, à la presse spécialisée, et ainsi qu'au SNARF (principal responsable de cette situation) à la FHP, au SCSCOM, à la Compagnie Générale de Santé et à la FFSA.

Créée il y a bientôt trois ans à Valence pour représenter exclusivement les Médecins Anesthésistes Réanimateurs (MAR) libéraux, l'AAL a pris sa place dans le grand mouvement national des médecins spécialistes, et a pris le temps d'approfondir sa réflexion sur les causes de l'impasse humaine, déontologique et financière dans laquelle ses membres actifs, exerçant désormais contre leur volonté en secteur 1 et sous le joug du RCM, se trouvent.

Partie prenante de toutes les actions des médecins spécialistes libéraux en cours, judiciaires (APOS2 et similaires), syndicales (promotion du Secteur Unique à Honoraires Librement Modulables défendu par la Fédération des Médecins de France), extra syndicales (Coordination Nationale des Médecins Spécialistes, et Conférence Nationale des Médecins Libéraux), après avoir contribué au débat national avec les assureurs au siège de la Fédération Française des Sociétés d'Assurance, rencontré de nombreux interlocuteurs politiques et ministériels nationaux (Alain Juppé, Olivier Brault, Jean Lucbereilh), locaux, alerté la CNAM, le CNOM, plusieurs Directeurs de CPAM, l'AAL fait le constat suivant :

Nous ne sommes et ne serons pas entendus pour des raisons politiciennes.

Les réformes en cours ne peuvent apporter aucune solution crédible à nos problèmes, la CCAM et la T2A seront appliquées à budget quasi constant.

Les décideurs sont sourds et aveugles malgré l'évidence d'une crise sans précédent de la profession.

La Haute Administration, la Mutualité, la CNAM et quelques centrales syndicales dictent aux politiciens, au pays tout entier, des choix contraires au bon sens, à nos engagements européens (notamment ceux concernant l'abolition du monopole de l'Assurance Maladie), aux intérêts fondamentaux des français qui devront tôt ou tard affronter l'évidence de déficits publics colossaux.

En matière d'Anesthésie, l'incapacité et/ou le refus des caisses de financer une pratique tout simplement normale (un médecin anesthésiste pour chaque opéré au bloc opératoire) sont patents

Un lobby de confrères chirurgiens et spécialistes, allié de ces puissants intérêts, s'opposera toujours et par tous les moyens, nous venons encore de le constater, à la reconnaissance de notre profession, de sa dignité et de son indépendance, faisant fi des Recommandations du Conseil National de l'Ordre et de la position éminente qui est la nôtre en Europe et en Amérique du Nord, berceaux historiques de la spécialité (USA et UK) au dix-neuvième siècle.

Dans ces conditions, l'AAL déclare solennellement :

1/. Que l'EXERCICE MULTISITE au bloc opératoire (un MAR en charge de plus d'un site opératoire simultanément) est une anomalie française, rejetée dans les autres pays développés auxquels la France prétend se comparer.

Ce mode d'exercice rend aléatoire le calcul du coût réel de notre pratique en libéral, contrairement à celle des chirurgiens et autres spécialistes, et a justifié toutes sortes de « négociations » et de compromis dans le cadre d'une enveloppe globale, autrement dit d'un revenu annuel brut généré par un supposé « plein temps » (lui même très élastique en termes d'heures réellement comptabilisées, d'astreintes et de contraintes non rémunérées).

Notre syndicat, monopolistique avant la création de l'AAL, est comptable devant la profession de cette dérive.

Une inégalité inacceptable entre praticiens libéraux de qualifications ordinale (la seule légale) ou européenne équivalentes en est résultée, entre les deux statuts conventionnels, mais aussi entre confrères d'un même secteur.

Cette double inégalité fait maintenant obstacle aux regroupements nécessaires des équipes lorsque leurs plateaux techniques se concentrent...

Contraintes « à la carte », inégalités incroyables de mode d'exercice et de revenus par bassin de vie, entre départements, rentes de situation insoupçonnées ou rendements imposés sont devenus le lot de la profession, la cause principale de son atomisation, de sa passivité.

Cet archaïque mode d'exercice permet le maintien de recettes brutes professionnelles artificiellement élevés alors que la rémunération unitaire des actes est scandaleusement basse : 48 € bruts pour un acte d'anesthésie de base depuis 1990.... et il justifie en même temps la dénonciation du paiement à l'acte par ceux là mêmes qui rendent obligatoire leur multiplication...

Enfin, ce mode d'exercice est antidéontologique parce que le patient, qui est déjà souvent « étonné » que le MAR qu'il a consulté avant un acte réglé, ne soit pas, hors congés et nécessité ou cas de force majeure, celui qui pratiquera l'acte d'anesthésie, est très largement inconscient (pas de consentement éclairé) du fait qu'en outre le MAR qui le prendra en charge au bloc opératoire ne lui sera pas exclusivement dédié pendant toute la durée de l'anesthésie....

L'AAL rappelle à cette occasion que l'argent versé aux plateaux techniques pour la réalisation matérielle de l'anesthésie (ARE-FSO) n'est pas à la disposition de l'anesthésiste libéral pour financer cette IADE mais de l'établissement qui, étant lui même en difficulté financière (compte tenu des tarifs ridiculement bas de l'hospitalisation) affecte ce budget à son fonctionnement général (pour sa survie) avec l'accord tacite des caisses et de la Tutelle.

Environ 20000 opérateurs et spécialistes MCO libéraux selon la CARMF pour 2800 anesthésistes libéraux, prenant en charge deux tiers des actes techniques au bloc opératoire et près de la moitié de l'obstétrique : ces chiffres se passent de commentaire !!!

2/. Que dans un service d'hospitalisation simple (MCO ou ambulatoire), le MAR doit se limiter à un simple rôle de CONSULTANT pour tout ce qui ne relève pas de l'analgésie post-opératoire et du contrôle de la bonne récupération du patient en ce qui concerne la technique d'anesthésie employée.

Il est urgent d'abandonner le mode d'exercice «à la française» dans lequel le MAR est requis pour prendre en charge de manière habituelle et/ou par défaut toutes les suites post-interventionnelles, contrairement à ce qui se fait dans les pays référents et aux **Recommandations du Conseil National de l'Ordre** en ce qui concerne les relations entre Anesthésistes réanimateurs et Chirurgiens, autres spécialistes ou professionnels de santé (1994/2001).

Nos collègues anglais américains et nord européens se limitent en général à une visite post-interventionnelle unique, puis à ce rôle de consultant à la demande du médecin responsable du service (en général le chirurgien, parfois un interniste affecté au service).

Les seules unités de soins où un MAR doit être responsable en premier ou coresponsable de la continuité des soins, outre le bloc opératoire et le bloc obstétrical, sont l'Unité de Soins Intensifs (Réanimation), l'unité de Soins Post Opératoires Continus, le SAMU ou un service d'urgences, un service d'algologie.

Harmoniser la pratique française avec celle des autres pays référents sera une priorité absolue dans le contexte prochain de pénurie aiguë de MAR libéraux, laquelle ne saurait s'améliorer (malgré un redressement récent du nombre de choix dans la spécialité) en raison de l'attractivité désormais supérieure du statut hospitalo-universitaire (statistiquement très accessible...), et du statut hospitalier ou PSPH, mais aussi du mouvement d'expatriation qui prend de plus en plus d'ampleur et est totalement exclu des perspectives démographiques.

Cette harmonisation de notre pratique avec celle de nos collègues référents est la seule contre-mesure capable de libérer immédiatement une quantité importante de « temps MAR » actuellement stérilisé dans des tâches routinières, non spécifiques de la spécialité et non rémunérées.

Elle est probablement nécessaire à la survie des établissements privés pour les 5 ans à venir.

Les assureurs devraient y voir l'occasion de mieux circonscrire le risque que nous représentons et de réduire le montant de nos primes.

Nous n'y échapperons pas, et en voulons pour preuve le fait que la pratique «à la française» est une source quotidienne de désaccord entre nos collègues européens installés en France et les opérateurs français, qu'ils sont peu nombreux à venir et à rester chez nous, ce qui nous fait dire que l'exercice de la spécialité en France n'est réellement attractif que pour des collègues venant du sud et de l'est, pour des raisons uniquement financières... jusqu'à ce qu'ils réalisent qu'on leur offre bien mieux en Europe et en Amérique du Nord et s'en aillent après s'être perfectionnés chez nous !!!

Ce constat n'est pas en faveur de l'exercice de la spécialité en France.

Il y a désormais deux catégories de MAR libéraux : les uns «burn-out» après plus de 20 ans d'exercice et désespérés par leurs perspectives de carrière ou de vie à moyen terme, les autres encore « heureux »... et cachés, ou attendant une retraite prochaine, ou préparant leur émigration, leur retour à un statut salarié.

Pour inverser la tendance, L'AAL déclare qu'il faut immédiatement instituer:

1/. Lorsque l'exercice monosite (un patient, une salle, un MAR) n'est pas immédiatement possible, le financement obligatoire hors honoraires d'un(e) IADE par site actif, et dans la limite de deux sites sous la responsabilité d'un même MAR (dès lors que son contrat ou les conditions habituelles de sa pratique quotidienne lui imposent un exercice multisite).

2/. L'application effective des Recommandations du Conseil National de l'Ordre des Médecins en ce qui concerne la répartition des rôles entre MAR et opérateurs: pendant les suites opératoires l'anesthésiste réanimateur est un consultant de l'opérateur.

Elle appelle tous ses adhérents à négocier ou imposer l'application de ces règles dans les meilleurs délais, avec les établissements (avenant contractuel, règlement intérieur, CME), les caisses et l'ARH (Contrats d'Objectifs et de Moyens ?), à se retrancher derrière le Code de Déontologie (Articles 5, 33 et 71) en cas de blocage et à faire rompre leurs contrats à charge des établissements qui voudraient s'y opposer.

L'AAL attend l'affirmation publique par tous les intervenants, responsables et sociétés savantes que l'objectif à atteindre dans les meilleurs délais est l'exercice libéral monosite (un patient, une salle, un MAR) avec ou sans IADE en fonction de critères purement médicaux (âge du patient, risque anesthésique, type d'intervention etc.), et la mise en place immédiate d'incitations financières pour ceux qui seraient capables de souscrire dès maintenant à cette exigence de qualité (primes RCP plus basses par exemple)

Le Bureau de l'AAL décide de publier cette motion avant l'AG dans le N°2 de la lettre de l'AAL, de la mettre en ligne sur le site de l'association afin que tout adhérent puisse la signer individuellement et la retourner à l'association avec sa cotisation.

<http://www.anesthesiologistesliberaux.org>