Commission médicale d'établissement et
Direction de la politique médicale de l'AP-HP

Cellule d'intervention CME/DPM sur l'anesthésie réanimation (AR) à l'AP-HP

1re réunion, le 25 mai 2012 15h-17h,
salle 119 ; 3, avenue Victoria

Présents

Pr Francis BONNET	président de la collégiale d'AR
Dr Dominique BRUN-NEY	Urgences, DPM
Pr Loïc CAPRON	Président de la CME
Pr Pierre CARLI	AR, président de CME locale
Pr Stanislas CHAUSSADE	Gastro-entérologie, président de CME locale
Pr Isabelle CONSTANT	AR, CME
Dr Patrick DASSIER	AR, CME
Dr Michel DRU	AR, CME et CCOPS
Dr Louis GOUYET	AR, CME
M. Jérôme HUBIN	DPM
Pr Rémy NIZARD	Orthopédie, président de CME locale
Pr Gilles ORLIAGUET	AR, CME
Dr Silvia PONTONE	AR, DPM
Pr Christian RICHARD	Réanimation, CME
Dr Georges SEBBANE	Vice-président de la CME

Motif et objectifs de la réunion

Par mél du 27 avril dernier, Rémy NIZARD a interpellé le Siège et la CME en ces termes :

> *Madame la Directrice générale, Monsieur le Président, Monsieur le Directeur de la Politique Médicale,*
> *Je me permets de vous écrire afin de vous alerter de la manière la plus énergique sur nos capacités à répondre à la demande en anesthésie, et donc en chirurgie, dans nos hôpitaux. La discussion entre plusieurs autres GHs révèle des difficultés très importantes dans de nombreux hôpitaux. Différentes explications ont été et peuvent être trouvées : démographie défavorable, concurrence du secteur libéral considéré comme financièrement plus attractif, impact des gardes très (ou trop) nombreuses etc. Notre problème collectif n'est plus aujourd'hui un problème diagnostique, mais de nous organiser avec ces données incontournables.*
> *Je m'inquiète de plus en plus de ce que pourraient être à très court terme nos fonctionnements, en particulier pour la période des vacances d'été. Une offre réduite à une portion congrue est susceptible de nous faire perdre des "parts de marché" et donc des recettes essentielles pour notre santé financière. Cette offre réduite est également susceptible de nous mettre en position difficile pour l'avenir plus lointain avec une prise de pouvoir encore plus marquée du secteur libéral ou des PSPH sur les activités chirurgicales.*
> *Je n'ai bien sûr pas de réponse toute faite à un problème complexe, mais il me semble indispensable que nous prenions collectivement "le taureau par les cornes" ; non pas pour résoudre le problème immédiatement, mais au moins pour tenter de réfléchir sur des solutions collectives que nous pourrions imaginer, y compris dans un délai court. Ce sujet est au-delà des prérogatives des GHs qui se battent chacun dans*

leur environnement pour amortir les difficultés. C'est, me semble-t-il un sujet majeur pour notre Institution qui, si elle ne s'organise pas d'une manière ou d'une autre aura à le payer très cher en termes financiers, d'image, de service rendu à la population. Je suis totalement disponible pour tenter de trouver avec vous et d'autres quels pourraient être les angles d'attaque de ce problème essentiel pour notre avenir collectif.

Réuni le 2 mai, le bureau de la CME a décidé de réunir sans tarder une *cellule d'intervention CME/DPM sur l'anesthésie à l'AP-HP* en vue de :

1. à très court terme, s'assurer qu'un manque d'AR ne va pas désorganiser le fonctionnement de nos hôpitaux pendant l'été qui vient ;
2. à moyen et long termes, examiner les solutions pour pallier au mieux la diminution du nombre des AR à l'AP-HP.

Bref état des lieux

M. HUBIN a présenté un document qui se résume en quelques points :

- l'âge moyen des AR de l'AP-HP augmente, il est actuellement de 52 ans ;
- 208 AR ont quitté l'AP-HP en 4 ans (2008-2011) dont la moitié seulement (100) par décès ou départ à la retraite ;
- on prévoit d'avoir à compenser 90 départs d'AR par an dans les cinq prochaines années (2012-2016) à l'AP-HP, en pouvant seulement compter sur une petite cinquantaine de recrutements pour toute l'Île-de-France ;
- les indices de coût relatif (ICR calculés exclusivement sur l'activité de type 4) par équivalent temps plein (ETP) en AR varient sensiblement d'un hôpital à l'autre ;
- même si cet indice de productivité peut-être discuté, il influence l'attrait des services, qui est d'autant plus faible que l'indice est haut (traduisant une plus forte charge médicale) ;
- l'AP-HP reste encore loin d'un regroupement des ressources en un seul département d'AR par GH, qui donnerait plus de la souplesse dans la répartition des tâches ;
- en 2011, le nombre des PH d'AR à l'AP-HP s'élevait à 727 ETP et on dénombrait 138 postes de PH vacants au sens statutaire ; ce taux moyen de vacance statutaire à 19 % couvre des variations importantes d'un site à l'autre. Un tiers de ces postes vacants sont occupés par des AR non titulaires.

La carence en AR est donc déjà réelle et va s'aggraver dans les cinq années qui viennent, et probablement plus longtemps encore. L'AP-HP doit s'organiser pour y faire face de manière à :

- préserver la permanence des soins (liste de garde avec repos de sécurité) là où elle est obligatoire ;
- ne pas être contrainte de réduire les activités requérant une anesthésie (chirurgie, endoscopie, etc.).

Ce défi est authentique et se pose en deux temps : court terme, et moyen et long termes.

Court terme

Il s'agit concrètement d'assurer l'AR dans nos hôpitaux durant l'été qui vient.
En principe, tous les services d'AR ont déjà organisé leurs tableaux de service et leurs listes de garde pour cet été ; mais cela a pu se faire au détriment des activités diurnes programmées.
La DPM va lancer une courte enquête auprès des GH (président de CMEL et direction) pour recenser les difficultés.
Lors de sa prochaine réunion (4 juillet), la cellule prendra connaissance des résultats et cherchera des solutions aux situations de carence qui auront pu être déclarées.
Les avis ont été partagés sur la possibilité d'une anesthésie qualifiée de volante ou foraine (où le praticien peut changer d'affectation au fil des besoins), même au sein d'un même hôpital ; mais ont été unanimes sur l'opportunité de mieux organiser l'activité des blocs opératoires, avec l'aide des conseils de bloc.

Moyen et long termes

Plusieurs pistes existent, notamment :
- recruter plus d'AR à diplôme étranger ;
- mieux organiser des blocs opératoires (voir les recommandations du rapport de François HAAB sur le sujet) ;
- réduire le poids de la permanence des soins en diminuant le nombre des gardes (regroupement ou ouverture alternative des sites H24, transformation de gardes en astreintes, etc.) ;
- amplifier les coopérations médico-infirmières (délégations de tâches des AR aux IADE, infirmiers anesthésistes diplômés d'État), mais en sachant que le rapport BERLAND n'y est pas favorable ;
- diminuer le nombre de sites chirurgicaux à l'AP-HP, afin de ne pas avoir à y diminuer le nombre d'actes opératoires qu'on y pratique ;
- accroître l'attrait de l'AR à l'AP-HP en améliorant les conditions de travail (horaires, ambiance, tâches d'enseignement et recherche, échelon salarial, etc.).

La cellule d'intervention n'a guère à intervenir dans cette réflexion qui appartient au groupe de travail déjà existant auquel participent la collégiale d'AR, les AR de la CME et la DPM. En revanche, la CME doit être régulièrement mise au courant de ses recommandations pour en débattre et en assurer la divulgation.

Prochaine réunion de la cellule d'intervention

Mercredi 4 juillet, 17h, au Siège de l'AP-HP (salle à déterminer).
Objectif principal : faire le point sur les réponses des GH à l'enquête sur l'organisation de l'AR dans nos hôpitaux durant l'été 2012 ; difficultés et solutions.

LOÏC CAPRON
le 29mai 2012