SYNDICAT DES MÉDECINS ANESTHÉSISTES FRANÇAIS

1er Congrès National

PARIS

4, 5, 6 OCTOBRE 1949

SYNDICAT DES MEDECINS ANESTHESISTES FRANCAIS

1er CONGRES NATIONAL

4, 5, 6 OCTOBRE 1949

PROGRAMME DU CONGRES

Matinées : Séances opératoires dans les Services Hospitaliers des Membres parisiens.

Après-midi :

a) Mardi 4, à 15 heures, séance de travail à l'Amphithéatre de la Clinique Chirurgicale Infantile, Hôpital Necker - Enfants malades.

1) Allocution du Président.

COMMUNICATIONS

2) M. J. BOUREAU, Paris : Les grandes lignes de notre action corporative depuis la création du syndicat (1946-1949).

3) M. M. MAROGER, Paris : L'organisation actuelle et le fonctionnement de l'Anesthésiologie à Paris.

4) L'organisation actuelle et le fonctionnement de l'Anesthésiologie en province :

- dans le Nord de la France — M. J. VERHAEGHE, Lille
- dans la région d'Avignon — M. H. GIBERT, Avignon

DISCUSSION

MM. BATAILLE, SIMON, BEDART, GIBERT, WIOT, BOUREAU, SIBAUD, KERN et MAROGER.

b) Mercredi 5, à 15 heures, séance de travail à l'Amphitéatre de la Clinique Chirurgicale Infantile, Hôpital Necker - Enfants malades

COMMUNICATIONS

PREMIERE PARTIE - Les dangers de l'Anesthésie moderne :

1) M. J. CARRE, Roubaix : Les accidents imputables au circuit fermé.
2) Melle G. DELAHAYE, Paris : " " à l'intubation endotrachéale.
3) M. J. LAVOINE, Paris : " " au cyclopropane.
4) M. A. WIOT, Marseille : " " au curare.
5) M. Y. SIBAUD, Paris :
6) M. C. FAURE, Paris : " " aux anesthésiques introveineux.

.../...

Le texte de ces communications ayant un caractère scientifique ne sont pas publiées ici, mais paraîtront dans "Anesthésie et Analgésie", Tome VII, nº 3, Juin 1950.

DEUXIEME PARTIE -

M. G. BEDART, Nice (Mise au point d'un programme d'action et de dé-
Melle G. DELAHAYE, Paris (fense de la Spécialité sur le plan national.

DISCUSSION

MM. RIEUNAU, KERN, Mme RIEUNAU, MM. WIOT, CARRE, GIBERT, FAURE, Melle DELAHAYE, MM. BOUREAU et BIMART.

c) Jeudi 6, à 17 heures, à la Faculté de Médecine, Salle de Thèses nº 2, Séance de la Société Française d'Anesthésie et d'Analgésie.

Le compte-rendu de cette séance, aimablement réservée par le Bureau de la Société à des communications faites par des membres du Congrès, a été publié dans Anesthésie et Analgésie, Tome VII, nº 1, Février 1950.

Soirées : a) Mardi 4, à 20 h 45, dans les Salons de la Maison de l'Amérique Latine, 96 avenue d'Iéna :

Projection de films d'Anesthésie

b) Jeudi 6, à 20 heures, au restaurant de la Tour Eiffel :

Banquet de Clôture.

On m'a dit que dans ces conditions, il n'aurait pas fallu mettre au programme des questions à tendance scientifique. Je répondrai que celles-ci doivent être exposées uniquement à des fins syndicales et pour mieux mettre l'accent sur l'importance qu'il y a de lutter contre la pratique de la Spécialité par des incompétents, et ils sont légion.

Si certaines des remarques formulées ont été peut-être un peu sévères, je vous dirai néanmoins qu'elles m'ont rempli de joie, car elles constituent la preuve éclatante de l'intérêt suscité par notre groupement et plus spécialement par l'initiative de ce Congrès. J'invite solennellement ceux qui ne font pas encore partie de notre Syndicat à venir sans plus tarder se joindre à nous en posant leur candidature. Qu'ils viennent tous grossir nos rangs pour continuer la lutte que nous menons, depuis bientôt dix ans, dans l'intérêt de tous, pour notre Spécialité que nous voulons grande et forte. S'ils viennent à nous d'un coeur loyal et fermement décidés à défendre l'Anesthésiologie Française, je déclare que les portes de notre Syndicat s'ouvriront toutes grandes pour les recevoir.

Je pense que maintenant il n'existe plus aucune équivoque. Alors qu'il me soit permis de vous remercier tous, mes chers Collègues, d'avoir répondu si nombreux à notre appel, vous spécialement mes Confrères de province qui venez de tous les coins de France pour ces trois journées au cours desquelles nous allons faire, j'en suis sûr, un excellent travail.

M. BOUREAU

En raison de cette Assemblée exceptionnelle et pour honorer nos Confrères de province, je voudrais vous demander de désigner deux d'entre eux qui viendront présider à nos côtés les deux séances de travail de ce Congrès. J'ai noté au tableau la liste des membres provinciaux qui nous ont annoncé leur venue. Voudriez-vous noter deux noms sur les bulletins de vote qui vont vous être distribués ?

Nous allons procèder immédiatement au dépouillement.

Sont élus : MM. BEDART, de Nice
VERHAEGHE, de Lille.

.../...

LES GRANDES LIGNES DE NOTRE ACTION CORPORATIVE DEPUIS LA CREATION DU SYNDICAT (1946 - 1949)

- J. BOUREAU -

En tête des communications inscrites à l'Ordre du jour figure l'exposé de notre action corporative depuis la création de notre Syndicat en Juillet 1946. Je me suis chargé de cette communication parce qu'en qualité de représentant du Syndicat, j'ai participé à toutes les démarches, à toutes les Commissions, à toutes les réclamations verbales ou écrites, en compagnie de mes deux assesseurs et de ceux d'entre vous qui ont bien voulu nous aider dans la lourde tâche qui nous incombait. Que tous ceux qui nous ont aidé veuillent bien trouver ici l'expression de nos remerciements.

Je n'abuserai pas de votre attention en exposant par le détail la longue liste de nos multiples interventions. Reprenant simplement les grandes lignes de notre action corporative, je voudrais vous donner un aperçu des problèmes qui se posaient à nous il y a trois ans et vous exposer notre ligne de conduite en vue de les résoudre. Si les résultats n'ont pas toujours répondu à nos espoirs, du moins avons-nous réussi à prendre pied partout où notre présence était nécessaire et obtenir sur certains points dès résultats intéressants.

A notre séance inaugurale le 3 juillet 1946, j'évoquais l'oeuvre du Groupement initial qui sous des noms divers, de 1941 à 1946, a su maintenir le contact entre les ouvriers de la première heure et dont l'aboutissement a été la création de notre Syndicat.

La veille de ce jour, je recevais une lettre de mon excellent ami LAVOINE auquel je succédais à votre Présidence, me disant avec sa modestie habituelle :"J'ai essayé de faire quelque chose, je n'ai pas réussi, mais vous, vous réussirez, je vous le souhaite de tout coeur". Mon cher LAVOINE, si pendant cinq ans vous n'aviez pas lutté, agi, maintenu coûte que coûte le contact entre nous, trop souvent découragés par notre petit nombre, jamais nous n'aurions abouti à mettre sur pied ce Syndicat dont vous êtes et demeurez le principal artisan. Au nom de tous, je vous en remercie.

La tâche qui s'offrait à nous était écrasante. Au lendemain de la guerre, l'Anesthésie Française était en pleine évolution et les formules nouvelles allaient toutes ensemble devoir être appliquées dans notre pays. Le Ministère de la Santé, la Faculté de Médecine, l'Assistance Publique, la Sécurité Sociale, l'Ordre des Médecins, le Syndicat des Médecins de la Seine, la Transfusion Sanguine, les Auxiliaires médicaux, tous s'intéressaient soudain à l'Anesthésie qu'ils avaient si longtemps ignorée ; tous voulaient l'organiser à leur idée, l'organiser sans nous. Il nous a fallu prendre contact avec chacun de ces organismes, faire savoir que nous existions et représentions ce cadre nouveau de la Médecine Française, solliciter dans les Commissions la place qui nous était due, lutter pied à pied pour défendre nos intérêts et imposer notre point de vue chaque fois qu'il était possible.

A la Faculté de Médecine, l'enseignement de l'Anesthésie venait d'être confié au Professeur MOULONGUET. Grâce aux démarches de Melle DELAHAYE, ce premier cours nous

.../...

fut confié. Il en a été de même les années suivantes et, dans les cours plus complets qui ont eu lieu depuis, toutes les questions d'anesthésie pure ont été traitées par des Médecins-Anesthésistes.

Un peu plus tard, au cours du premier trimestre 47, nous prenions contact avec l'Assistance Publique à propos d'un projet portant création d'un cadre d'Anesthésistes-Réanimateurs des Hôpitaux, projet élaboré sans que nous ayons été consultés. Nous en avons demandé communication et discuté tous les points en une lettre adressée au Directeur Général, dans laquelle nous exposions la position des Médecins-Anesthésistes à cet égard. Ceci nous a valu d'être invités à participer le 23 Mai 47 aux travaux d'une Commission chargée d'examiner le projet. Celui-ci est d'ailleurs passé par des alternatives variées, pour aboutir en définitive à la création d'un Corps d'Assistants. En même temps qu'il m'en informait, Monsieur LEVEQUE m'adressait une promesse écrite concernant la nomination ultérieure d'Anesthésistes-Chefs de Services.

A la même époque, nous entrions simultanément en rapport :

- avec le Syndicat des Chirurgiens des Hôpitaux, sollicité de donner son avis sur le projet de l'A.P., et plus spécialement avec la Commission de l'Anesthésie présidée par Monsieur MOULONGUET ;

- avec le Ministère de la Santé Publique où une réunion d'information venait d'avoir lieu à propos de l'organisation de l'anesthésie ;

- avec le Docteur AUJALEU, Président de la Commission Permanente de la Nomenclature à propos de la cotation séparée des actes d'anesthésie par la Sécurité Sociale.

Cette dernière question, d'une grande importance pratique, allait retenir notre effort pendant de longs mois. Discutée une première fois en Comité Privé le 28 Mai 47, elle motiva l'envoi d'un rapport qui fut rédigé par Mademoiselle DELAHAYE, soulignant la complexité croissante des actes d'anesthésie et précisant la position des Médecins-Anesthésistes en face des problèmes du moment. Ce rapport fut d'ailleurs envoyé à tous les organismes qui s'intéressaient à l'anesthésie, afin de faire une publicité aussi tapageuse que possible autour de notre Syndicat.

Les discussions avec la Sécurité Sociale furent reprises en Octobre 1947, d'abord en Sous-Commission, puis en Commission Plénière le 20 Novembre. Je me rappellerai toujours cette séance mémorable au cours de laquelle, après une longue discussion, l'étude de nos revendications faillit être abandonnée sous prétexte que la Spécialité n'existait pas encore officiellement. Fort heureusement, le premier concours Hospitalier avait eu lieu six jours plus tôt et le fait qu'un groupement d'Anesthésistes qualifiés allait exister à l'A.P. nous permit d'aboutir aux conditions que vous connaissez, conditions en somme acceptables - pour un début.

Nous sommes revenus à la charge en Mai 48 à propos du remboursement des frais de transport du matériel anesthésique. Bien que cette question ait fait l'objet de

.../...

plusieurs discussions entre la Sécurité Sociale et nous, elle n'est pas résolue à l'heure actuelle. Mais je puis vous affirmer que j'insisterai à nouveau tant qu'une solution honorable ne sera pas intervenue. Les électro-radiologistes ont obtenu gain de cause à ce sujet, il n'y a aucune raison qu'il en soit différemment pour nous. J'ai posé enfin la question du remboursement des fournitures anesthésiques, Cyclopropane, Chaux sodée, Curare, etc...

Au Ministère de la Santé, notre action a surtout consisté en protestations orales ou écrites contre l'emploi abusif fait de l'anesthésie par des auxiliaires incompétents. Nous avons demandé que des enquêtes soient faites à propos de cas de mort survenus en l'absence d'un Médecin-Anesthésiste. Enfin, depuis la création du Diplôme d'Auxiliaire, nous avons précisé avec preuves à l'appui que cette solution ne saurait être que transitoire, un nombre suffisant de Médecins Spécialistes devant permettre de couvrir tous les besoins d'ici quatre ou cinq ans au maximum.

C'est la thèse que j'ai d'ailleurs soutenue à l'Ordre des Médecins au mois de Janvier dernier, après l'échec de l'intervention courageuse de Mademoiselle DELAHAYE contre l'officialisation des Auxiliaires. Ceux d'entre vous qui étaient présents à cette Commission, chargée de créer et d'organiser notre Spécialité, se rappellent certainement la sévérité des critiques adressées contre nos arguments. Nous avons néanmoins obtenu - et c'est un point très important - que la Réanimation ne soit pas isolée de l'Anesthésie, puisque dans la définition de l'Anesthésiologie, appellation désormais officielle de notre Spécialité, il est bien précisé qu'elle "comprend à la fois la pratique de l'anesthésie proprement dite, mais aussi la mise en application de tous les examens pré-opératoires effectués en vue de l'anesthésie comme de l'opération, de tous les gestes thérapeutiques qui s'imposent pendant l'intervention et dans les heures et jours qui suivent, connaissances que nous groupons sous le nom de peranimation".

Je crois que sur ce point les débats ne sont malheureusement pas clos. En effet, nous avons participé en Mai dernier, DOUTREBENTE et moi, à deux réunions d'information organisées par les transfuseurs, et si quelques-uns d'entre eux admettent l'Hémo-Biologie telle qu'elle a été définie par l'Ordre des Médecins, c'est-à-dire Direction des Banques de Sang et pratique éventuelle de la Réanimation, celle-ci se trouvant ainsi partagée entre les Anesthésistes et les Directeurs de Banques de Sang, la plupart voudraient isoler la Réanimation en une spécialité autonome. C'est là, sans aucun doute, un grave danger, car des conflits sans nombre ne manqueraient pas de s'élever entre Anesthésistes et Réanimateurs ; ces deux questions sont liées beaucoup trop étroitement pour qu'une frontière précise puisse être jamais tracée entre elles.

Toujours sur le plan Ordre des Médecins, nous avons pris part en Janvier 48, MAROGER et moi, à une réunion du Comité de Coordination des Conseils Départementaux relative aux honoraires des Médecins-Hospitaliers. En ce qui nous concerne, vous savez que la question a été résolue par notre participation à la répartition des honoraires chirurgicaux. Toutefois, nous aurons encore un effort à faire car notre attribution est égale à 8 Parts, alors qu'elle est de 10 Parts pour l'Assistant en Chirurgie.

.../...

Au Syndicat des Médecins de la Seine enfin, vous savez qu'il existe depuis avril 47 une section "Biologie-Transfusion-Anesthésie". C'est notre collègue SIMON qui en est le Vice-Président pour la branche Anesthésie.

Dans le domaine pratique, nous avons maintenu le contact avec les fabricants de produits anesthésiques et abreuvé les uns et les autres de réclamations innombrables.

A la Compagnie Française de Produits Oxygénés et à l'Air Liquide, entre Mars 47 et Octobre 48, nous n'avons pas fait moins de dix démarches, écrites ou verbales. Nous avons obtenu que la délivrance de l'Oxygène anesthésique ne soit plus conditionnée par des commandes équivalentes de Protoxyde d'Azote, que la production et les livraisons d'Oxygène soient considérablement accrues - rappelez-vous que pendant un temps nous en avons manqué - enfin que soit développée la fabrication des obus à valve de CLARKE à l'intention des possesseurs d'appareils étrangers.

Chez Rhône-Poulenc, nous luttons depuis deux ans pour l'amélioration de la Chaux sodée, et AMIOT n'a certainement pas oublié l'entrevue initiale que nous avons eue en juillet 47 avec les chimistes de la maison. Lors de notre dernière réunion syndicale, en Juillet dernier, je vous ai fait part de leurs dernières recherches et des résultats intéressants qu'ils avaient obtenus. Il semble bien que l'on possède actuellement la clef du problème et en fait la Chaux sodée livrée depuis lors est de qualité bien meilleure. Je crois pouvoir dire que sans notre insistance, notre odieuse insistance, jamais ces recherches n'auraient été entreprises ni l'heureux résultat obtenu.

Aux Usines de Melle, nous avons fait montre d'un entêtement identique, en particulier au début de cette année où les livraisons de Cyclopropane avaient été considérablement réduites sous prétexte de transformations du matériel de production en vue d'une fabrication décuplée, quelle ironie ! C'est à la suite de l'envoi d'une lettre comminatoire adressée au Directeur Général que les livraisons ont repris à une cadence à peu près normale. Je vous rappelle également, à propos du Cyclopropane, que nous avons été à l'origine des nouvelles bouteilles dénommées Tubes T I et que nous avons présidé à leur mise au point. Je crois que tout le monde est d'accord sur le grand progrès réalisé par la mise en service de ces nouvelles bouteilles.

Dans le domaine des Surplus Américains, vous n'ignorez pas quelle a été notre action, difficile et ingrate là comme partout ailleurs. Quoiqu'il en soit, nous avons pu répartir entre nos membres :

12 appareils de HEIDBRINCK

17 coffrets

et 15 trousses à intubation.

En matière d'appareillage, je crois qu'il est également bon de souligner l'effort accompli par certains d'entre nous pour la création ou la mise au point

.../...

d'appareils nouveaux :

- vous connaissez le nouvel appareil de LAVOINE.

- l'appareil A I de ROBERT & CARRIERE, à la mise au point duquel Mademoiselle DELAHAYE, MAROGER et moi-même avons participé.

- la pièce intermédiaire que j'ai fait construire pour permettre l'utilisation du Cyclopropane sur les appareils de HEIDBRINK.

- enfin le robinet pour anesthésie I.V. et l'appuie-bras de PRIEUR.

La fiche d'anesthésie a également retenu notre attention. Dès Janvier 47, MAROGER proposait de traduire en Français la fiche Anglaise de NOSWORTHY. Successivement, FAURE, KERN et quelques autres ont proposé des modèles de fiches. Enfin, il y a quelques mois, MAROGER obtenait de Spécia le magnifique résultat que vous connaissez puisque ces fiches, dont la présentation est impeccable, sont fournies gratuitement à tous les membres du Syndicat.

Je terminerai cet exposé sur une note scientifique, quelques-unes de nos réunions, au programme un peu moins chargé qu'à l'habitude, ayant fait place à des compte-rendus de voyages à l'étranger ou à des discussions de clinique anesthésique :

- en Novembre 46, Madame MATHEY qui venait de passer quelques mois en Angleterre nous a fait un exposé des plus intéressants sur l'anesthésie en chirurgie thoracique et Mademoiselle ANGLES, de retour d'Amérique, nous a parlé du Curare. Je vous ai moi-même donné le compte-rendu d'un bref passage dans les Hôpitaux de Londres, où je m'étais rendu en compagnie de Mademoiselle DELAHAYE pour représenter les Anesthésistes Français aux cérémonies du centenaire de la première anesthésie à l'Ether en Angleterre.

- en Décembre 47, nous avons entendu MAROTTE qui venait de passer une quinzaine à Londres en compagnie de Mademoiselle DELAHAYE.

- en Avril 1948, KERN nous a fait un compte-rendu très intéressant sur un voyage au Canada et aux U.S.A.

- enfin, plus récemment, je vous ai dit quelques mots de mon passage à Rome en Juin dernier.

Voilà, mes chers collègues, le bilan de notre activité depuis trois ans. Nous avons beaucoup lutté, discuté, réclamé, pas toujours avec des résultats spectaculaires, mais toujours avec une foi inébranlable dans l'avenir de notre Spécialité. L'élan désormais est donné. Si nous savons persévérer, agir avec patience et ténacité, nous surmonterons tous les obstacles qui se dressent encore sur notre route. Pour cela, soyez avec nous, soyez-y de toutes vos forces, non pas seulement comme membres

.../...

cotisants de notre Syndicat mais en participant activement à la lutte que nous devons entreprendre et recommencer chaque jour. Je remercie tous ceux qui l'ont déjà fait, avec tant de bienveillance et un tel esprit de solidarité. Je m'incline devant tous nos confrères provinciaux qui sont présents à chacune de nos réunions, venant de Lille, de Tours, du Mans, de Chateau-Thierry et d'ailleurs, et accomplissant entre deux trains un voyage long et fatiguant pour assister à une séance de deux heures. Quel réconfort pour nous de vous voir aussi nombreux chaque fois, mes chers collègues de province !

Vous tous, mes collègues parisiens et provinciaux, je vous convie à poursuivre la lutte. Ce Congrès va nous donner l'occasion de procéder à un large échange de vues sur toutes les questions intéressant notre Spécialité. Les opinions qui seront exprimées, les décisions qui seront prises constitueront la base de notre action syndicale à venir ; aussi je vous demande de le faire avec le plus grand soin, la plus grande attention. Nous marcherons dans la ligne que vous nous aurez tracée, et je suis sûr qu'avec l'aide de tous et de chacun, notre cause qui est juste finira par triompher.

.../...

L'ORGANISATION ACTUELLE et le FONCTIONNEMENT de l'ANESTHESIOLOGIE A PARIS

- M. MAROGER -

Contrairement à ce que l'on pourrait penser, il semble que l'Anesthésiologie parisienne ne constitue pas actuellement un modèle propre à inspirer le développement de notre Spécialité :

En effet, il n'existe aucune organisation de l'Anesthésiologie et malgré des progrès véritablement sensationnels survenus depuis peu, nous assistons déjà, dans son fonctionnement à certains inconvénients majeurs qui nous causent les plus graves soucis.

Et pourtant, c'est à Paris que depuis un demi siècle environ, des confrères ont consacré une part plus ou moins importante de leur activité à la pratique de l'Anesthésie ; ils ont été soutenus par la clairvoyance de certains chirurgiens auxquels nous voulons rendre hommage. Mais c'est peut-être en raison de ces précédents fameux et de la tradition qui s'est peu à peu établie dans la chirurgie parisienne que nous nous trouvons actuellement dans une impasse dont, selon nous, nous ne pourrons sortir qu'en amorçant une révolution totale de nos habitudes et de celles des confrères chirurgiens avec lesquels nous travaillons.

Cela sera d'autant moins aisé que nous ne pourrons rien faire seuls : les personnes et les organismes en cause sont nombreux dont l'attention et la bienveillance nous seront nécessaires pour organiser la Spécialité que nous avons choisie et pour lui permettre de fonctionner à la satisfaction de tous.

Ce sont :

- les anesthésiologistes eux-mêmes
- les chirurgiens, et d'une façon générale tous les confrères pouvant avoir besoin de nous
- les organismes hospitaliers publics ou privés
- la Faculté
- la Sécurité Sociale.

Enfin, nous nous trouvons fréquemment en concurrence avec des médecins réanimateurs d'une part, des infirmières anesthésistes d'autre part.

Ce double problème doit, croyons-nous, être examiné très objectivement en tenant compte des intérêts de tous.

Nos collègues et confrères anesthésiologistes désirent-ils apporter un changement quelconque dans leurs habitudes actuelles ? Nous ne le pensons malheureusement pas. Malgré la réussite apparemment brillante et enviable de certains, il y a pourtant chez presque tous, une certaine appréhension concernant l'avenir. Je la crois personnellement parfaitement justifiée car d'ici peu, Paris abritera plus d'Anesthésiologistes qu'il n'y en a à Londres ! Les rapports parfois difficiles

.../...

entre l'opérateur et l'anesthésiste, considéré comme un "aide" et non pas comme un confrère spécialisé, ne s'en trouveront pas améliorés, bien au contraire.

Il est évident que nous ne donnons pas toujours la mesure de nos moyens et que certains confrères peuvent très légitimement se demander s'il est bien nécessaire d'être non seulement médecin, mais encore spécialiste pour administrer convenablement une anesthésie.

Pourtant ce n'est pas pour satisfaire à une mode passagère que les chirurgiens français se tournent de plus en plus vers l'anesthésiste médecin : nous ne sommes pas réunis pour nous convaincre de cette évolution constante. Pour ma part, je suis certain que rien ne l'arrêtera, mais je voudrais m'efforcer de vous montrer à vous anesthésiologistes autant qu'à nos confrères chirurgiens et spécialistes, que la conception française, et plus spécialement parisienne, du rôle de l'Anesthésiologiste est sur le point d'aboutir à un malentendu.

L'anesthésiologiste n'est pas, ne peut pas être, l'anesthésiste d'un ou même de plusieurs opérateurs. Il ne peut être, s'il veut justifier son rôle de Spécialiste, qu'attaché à une ou plusieurs salles d'opérations. La vieille notion d' "équipe chirurgicale" qui date de la guerre 14-18 est dépassée : l'anesthésiologiste fait "équipe" avec une salle d'opérations et avec l'opéré.

J'entends bien, qu'il s'agit là, d'une conception de notre rôle que nos confrères chirurgiens, que nous-mêmes bien souvent hésitons à faire nôtre. L'opérateur a avant tout besoin de se consacrer entièrement à sa tache toujours délicate, souvent difficile : la présence d'un assistant qu'il connaît et qui connaît ses habitudes joue un rôle primordial que nous ne méconnaissons pas. Pour différentes raisons que nous n'ignorons pas, le médecin français et l'anesthésiologiste en particulier hésite à se fixer, il a peur du "full time" et de la routine qui peut en résulter : nous verrons d'ailleurs qu'à Paris la question du "full time" ne peut actuellement se poser.

Mais sur un plan purement matériel, je voudrais attirer votre attention sur un fait : en l'absence de toute organisation nous allons irrésistiblement vers la formule d'un anesthésiste par opérateur : il est bien évident qu'elle interdira toute évolution de l'Anesthésiologie.

Ceux d'entre nous, qui consacraient tout leur temps à la Spécialité devront de toute nécessité trouver un autre emploi leur permettant de vivre. Il n'y aura pas d'anesthésiologie mais seulement des médecins administrant des anesthésies. Ce n'est pas faire injure à nos précurseurs que de dire que leur apport à la Spécialité tant du point de vue Enseignement que du point de vue Recherches a été absolument insignifiant.

Et si nous persistons à envisager notre Spécialité de cette façon, je crains fort que l'Anesthésie française ne soit pas à la hauteur des progrès obtenus à l'étranger.

.../...

La nomination au concours d'Assistants d'Anesthésiologie des Hôpitaux de Paris a constitué une étape extrêmement importante dans le développement de notre Spécialité, et si je me permets d'aborder ce sujet dans une réunion syndicale, c'est que nous nous sommes toujours préoccupés de cette question qui dans notre esprit devait renforcer notre action et la volonté que nous avons d'être un jour, en France, considérés comme des Spécialistes au même titre que nos confrères orientés vers des disciplines diverses.

Il s'est malheureusement passé exactement ce que nous appréhendions le plus : nous avons obtenu un titre et une charge dont nous sommes dans l'impossibilité matérielle d'assumer les devoirs les plus élémentaires : seuls ceux d'entre nous faisant"équipe" avec un chef de service à l'Hôpital comme en ville peuvent assurer leur Service d'Assistant convenablement. Mais il convient de remarquer que leur situation est exactement la même que celle de nos prédécesseurs d'avant-guerre qui avec un dévouement remarquable ont sans titre, et bénévolement fait un travail qui n'a pas toujours eu sa récompense.

Il faut aussi remarquer que la situation présente rend inconcevable la création de "Chefs de Service d'Anesthésiologie" qui nous avait été formellement promise. En effet, tant qu'il sera admis que l'anesthésiste fait équipe avec un chirurgien, il sera difficile de concevoir un "Chef de Service, Anesthésiologiste des Hôpitaux de Paris" dont les seules ressources financières seraient celles octroyées par l'Assistance Publique.

Le problème n'a pas échappé à ceux qui se sont donnés pour mission d'organiser notre Spécialité, et il est question, croyons-nous, d'établir dans les Hôpitaux de Paris une hiérarchie spéciale pour l'Anesthésiologie.

Nous pensons, quant à nous, que ce serait le coup de grâce donné à notre Spécialité. Et nous nous demandons parfois si le fait de nous avoir nommés Assistants d'Anesthésiologie des Hôpitaux et non pas Anesthésiologistes Assistants ne montre pas précisément que la Chirurgie parisienne ne peut pas concevoir notre rôle comme celui de spécialistes indépendants mais bien comme celui d' "attachés" à un Service.

Nous ne récriminons pas car il s'agit là d'une attitude absolument logique tant que l'on résonne sur la notion de l'anesthésiste attaché à un chirurgien dont il est l'aide.

J'éprouve pour ma part une grande satisfaction professionnelle à l'occasion du "Service de garde". Bien que le rôle de l'Anesthésiologiste tel que je le comprends consisterait à suivre l'opéré jusqu'à ce que tout risque dû à l'anesthésie ou au choc opératoire soit écarté, il est remarquable de constater que maintenant à Paris une "urgence" peut être opérée sous le couvert d'un anesthésiologiste muni par les soins de l'Assistance Publique d'un matériel et de produits absolument modernes.

.../...

Nos confrères chirurgiens du Bureau Central nous accueillent avec amitié et reconnaissance, et s'habituent peu à peu à travailler avec "un" anesthésiste et non pas avec "leur" anesthésiste. Parmi les quelques symptomes qui nous retiennent de porter dès maintenant un pronostic trop sombre, c'est un de ceux qui nous paraît avoir le plus de valeur.

Si la révolution que je vous propose était admise et établie graduellement, notre situation et notre activité hospitalière seraient bien différentes et très proches de celles de nos confrères américains. Si l'Anesthésiologiste était un médecin responsable de l'opéré et non pas un médecin "attaché au service" d'un confrère, il serait parfaitement admissible qu'il organise son temps comme il l'entend ; qu'il constitue autour de lui une équipe capable de rendre les meilleurs services dans plusieurs groupes opératoires, qu'ils appartiennent à un Hôpital ou à une clinique privée. Alors mais alors seulement, la fonction d'Anesthésiologiste chef de Service devient possible et il me paraît tout à fait normal que la chirurgie parisienne la considère comme inconcevable puisqu'elle n'en n'a pas admis encore, puisque nous-mêmes anesthésiologistes n'en avons pas encore tous admis la condition "sine qua non".

L'Enseignement tel qu'il est organisé à la Faculté est une réussite remarquable. Il égale certainement les meilleurs Enseignements anglo-saxons. Par contre, l'Enseignement clinique que nous sommes supposés donner est notoirement insuffisant en raison de l'impossibilité où nous sommes d'accorder un temps suffisant à l'Hôpital.

La solution que nous proposons apporterait un des meilleurs remèdes à cet état de choses. Nos élèves employés par nous dans nos équipes deviendraient nos "assistants" et non nos "concurrents" comme cela arrive trop fréquemment. A mesure que nous deviendrions moins hardis dans l'emploi de techniques ou de produits nouveaux, ils nous apporteraient une part de leur audace exactement comme cela arrive dans un Service de Chirurgie groupé autour d'un Patron. Employés par nous en ville, nous pourrions leur assurer leur existence pendant cette seconde année de Diplôme qui est si souhaitable et éventuellement pendant les autres années d'étude qui deviendront nécessaires pour accéder à l'Assistanat ou au Bureau Central.

Utopie, direz-vous ! Je ne le crois pas si nous sommes disposés à agir ensemble et suivant un plan bien établi dans ce sens. Déjà certains Hôpitaux privés certaines Cliniques même s'orientent vers cette formule. Nous pourrions, à la condition de nous entendre à plusieurs, obtenir de ces organismes que nous assumions leur Service d'Anesthésie : et au lieu de voir ces postes occupés par un jeune confrère encore inexpérimenté, nous pourrions par groupes de plusieurs et dans le cadre de la demi-journée (comme cela se fait depuis longtemps en Angleterre) développer peu à peu cette notion de Spécialiste de la Salle d'Opérations.

La Radiologie, spécialité relativement nouvelle a connu les mêmes problèmes. Les cliniques sont déjà presque toutes pourvues de leur Radiologiste. Rien n'empêche qu'il n'en soit pas de même pour l'Anesthésiologie.

.../...

La reconnaissance des actes d'anesthésie par la Sécurité Sociale a fait franchir une étape très importante à notre Spécialité.

Bien qu'une réglementation nécessairement très générale présente pour nous certains inconvénients, nous sommes reconnaissants à la Sécurité Sociale d'avoir pris une décision dans ce sens. Par contre, très souvent, nos confrères chirurgiens se sont trouvés lésés par la cotation employée. Il faut bien leur dire que notre Syndicat n'a jamais pris ou proposé une décision qui n'a été adoptée qu'après l'agrément du Bureau du Syndicat des Chirurgiens. Le compte-rendu de la séance à laquelle nous prenions part le montre avec évidence.

On nous a dit aussi que la cotation adoptée était exagérée et sans rapport avec l'acte et les responsabilités chirurgicales... Il est inutile de vous dire que le Bureau de votre Syndicat a estimé qu'il lui était impossible d'accepter un chiffre inférieur à celui qui, en définitive, a été adopté. La dispersion actuelle de notre travail ne nous permet pas comme vous le savez d'additionner nos actes d'anesthésie aussi facilement que nous le voudrions, ou que d'autres le font pour nous. Il n'en serait pas de même si l'Anesthésiologiste était sur place et pouvait éviter les déplacements et les imprévus qui rendent actuellement notre Spécialité si difficile et professionnellement si peu satisfaisante. Dans ce cas, il semble bien que nous pourrions revendiquer une large part de la responsabilité chirurgicale et accorder à nos malades toute la surveillance post-opératoire à laquelle ils ont droit. En d'autres termes, toute situation fixe dans un groupe opératoire devrait impliquer de notre part la responsabilité effective de l'opéré tant que sa santé ou sa vie peuvent être en danger.

Un accident récent, mis en vedette par la grande presse, montre bien que la responsabilité de l'Anesthésiologiste doit déborder très largement la durée de l'acte opératoire.

Les deux derniers problèmes que nous devons envisager avec vous deviennent simples si on les considère sous l'aspect que je vous ai proposé.

Nos excellents confrères qui depuis plus ou moins longtemps se sont consacrés avec l'ardeur et la compétence que l'on sait à la Réanimation sentent parfaitement que nos deux Spécialités doivent s'unir et même s'intégrer. Le transfuseur d'avant-guerre voit bien le rôle qu'il devra jouer : dans les grandes villes, il deviendra Directeur d'une Banque de Sang et sera appelé en consultation lorsqu'on devra faire appel à ses compétences en Hématologie. Dans des villes plus petites, il pourra parfaitement cumuler ses fonctions de "Banquier de Sang" avec celles d'Anesthésiologiste, mais partout, il devra y avoir une entente amicale et sans arrière pensée entre les deux disciplines.

Notre Syndicat comprend déjà des Directeurs de Banques de Sang importantes qui sont venus à l'Anesthésiologie et veulent conduire de paire ces deux activités.

.../...

Le dernier concours d'Anesthésiologistes Assistants des Hôpitaux de Paris a montré qu'un certain nombre de confrères après avoir été exclusivement Réanimateurs sont devenus Anesthésiologistes. Nous les approuvons pleinement ; leur exemple doit nous encourager dans la bonne voie, mais tout l'intérêt de la Réanimation est de pouvoir exercer une surveillance constante et effective. Seule, une conception nouvelle de l'Anesthésiologie peut nous permettre de pratiquer la réanimation avec efficacité.

La question des auxiliaires médicaux pratiquant l'anesthésie me paraît également très simplifiée :

Si un chirurgien juge que ses anesthésies peuvent être administrées par une infirmière, nous lui en laissons l'entière responsabilité y compris l'enseignement ou le "dressage" comme on a longtemps dit de celle-ci. Il serait en effet inadmissible qu'un opérateur réclamant la responsabilité entière de l'acte chirurgical y compris l'anesthésie, ne soit pas parfaitement au courant des techniques et des produits employés par une personne dont il est responsable et qu'il ne soit pas parfaitement au courant des capacités cérébrales et de l'habileté manuelle de l'aide qu'il a choisi.

Seul, un enseignement direct et quotidien peut justifier juridiquement techniquement et moralement une telle délégation de pouvoir.

De notre côté, nous devons être à même de recourir à des auxiliaires médicaux travaillant sous notre responsabilité et sous notre contrôle effectif. Nous respectons ainsi l'esprit et la lettre des rares décrets ayant eu trait au rôle des auxiliaires médicaux. Ainsi se trouverait heureusement terminé un malentendu qui nous opposera à un certain nombre d'infirmières tant que les textes législatifs ne seront pas plus explicites ou tant que notre condition de Spécialistes n'aura pas été reconnue en droit ou en fait. Nous espérons pouvoir entretenir avec elles des rapports aussi normaux que ceux existant entre les Gynécologues Accoucheurs et les Sage-femmes.

L'Anesthésie, telle que l'avait conçue la Chirurgie française semble arrivée à une impasse. Les problèmes s'enchevêtrent et paraissent insolubles. Certaines solutions individuelles et souvent provisoires tant à Paris qu'en Province font encore illusion. Elles ne sauraient d'après nous résoudre le problème que nous avons posé.

Seule, une conception, nouvelle pour la France et révolutionnaire à bien des égards, pourrait selon nous, permettre, sinon une véritable organisation de la Spécialité, mais tout au moins un fonctionnement suffisamment satisfaisant pour que nous puissions exercer notre Spécialité d'une façon convenable, justifier la confiance que nos confrères chirurgiens nous ont accordée, et donner à nos malades les meilleurs soins possibles, ce qui, en définitive, reste la plus grande ambition de tout médecin digne de ce nom.

.../...

M. BATAILLE - Je crois que le Dr MAROGER exprime exactement dans son rapport la pensée de chacun d'entre nous en ce qui concerne l'impasse dans laquelle se trouve actuellement l'anesthésiologie. Le Dr MAROGER nous propose une solution qui consiste à créer des Chefs de Service susceptibles d'utiliser les étudiants ou les auxiliaires désireux de se spécialiser en anesthésie. Il faudrait pour cela envisager un plan d'action et celui-ci devrait avoir comme objectif initial de modifier l'opinion du patronat au sujet des médecins anesthésistes.

Jusqu'à présent, on a considéré ceux-ci comme des employés du chirurgien. Or, l'anesthésiste devrait avoir aujourd'hui une indépendance totale vis-à-vis du chirurgien, c'est-à-dire avoir la latitude de constituer une équipe destinée à prendre le malade en charge sans être entièrement soumis aux directives du chirurgien. Je pense que c'est bien là l'idée du Dr MAROGER.

M. BOUREAU - MAROGER nous a parlé de l'anesthésiologie à Paris, mais il est possible qu'en province, la question se pose différemment. Aussi serait-il préférable, je crois, de joindre cette discussion à celle qui suivra les communications de MM. VERHAEGHE et GIBERT qui doivent nous parler de l'organisation de l'Anesthésiologie dans leurs provinces respectives. (Approbation unanime).

.../...

ASPECT ACTUEL DE L'ANESTHESIOLOGIE

DANS LE NORD DE LA FRANCE

- J. VERHAEGHE -

Pour examiner l'état actuel de l'anesthésiologie dans le Nord de la France, il faut, bien entendu, envisager la question à Lille, siège de l'une de nos Facultés de Médecine les plus réputées et par suite pôle d'attraction pour toute la Région. Mais il faut aussi considérer le problème pour l'ensemble d'une région qui possède une densité de population considérable et qui s'étend de Dunkerque à Avesnes sur 200 kilomètres de long et de la frontière Belge à la Somme, ce département ayant, de par sa situation, deux pôles d'attraction : Paris et Lille.

Dans tout ce territoire de très grosse population se trouvent une multitude de villes qui ne sont considérées que comme des villes de second plan alors que leur population est de loin supérieure à celle de beaucoup de préfectures d'autres départements français. Chacune de ces "petites" villes draine des environs surpeuplés : soit industriels, soit miniers, et chacune d'elles s'est efforcée de posséder une organisation hospitalière qui lui permette de satisfaire aux importants besoins locaux ; aussi trouvons-nous dans toute cette région une quantité d'hôpitaux dont l'importance et le désir de modernisation peut parfois surprendre.

Pour chacun de ces hôpitaux, le problème de l'Anesthésiologie se pose, mais nous n'en sommes encore pour eux qu'à la période de démarrage et de tentative d'organisation, au milieu de difficultés nombreuses, d'autant plus que les médecins-anesthésistes ne sont pas encore légion et se sont évidemment trouvé bloqués au départ dans la ville de Faculté qui avait les nécessités les plus grandes, les possibilités d'organisation et de vie optima.

Les chirurgiens des multiples hôpitaux répartis sur tout ce territoire, désireux comme ceux de la ville de Faculté, de bénéficier et de faire bénéficier leurs malades des ressources de l'Anesthésiologie moderne... et obligés aussi d'en tenir compte, car leurs clients commencent à être suffisamment au courant de la question pour exiger l'Anesthésie moderne, essayent d'obtenir d'un Anesthésiste lillois qu'il se déplace jusqu'à eux, mais il est bien évident que la perte de temps considérable que représentent de tels déplacements rend la chose souvent difficile, parfois impossible.

Mes collègues Anesthésiologues et moi-même n'hésitons cependant pas à répondre favorablement aussi souvent que possible à ces appels, malgré les énormes difficultés qui en découlent car il est certain que pour ces chirurgiens, le besoin d'anesthésie moderne est indiscutable et que, si nous voulons éviter qu'ils adoptent, malgré eux, la solution de facilité "Infirmière - Anesthésiste" - qu'ils reconnaissent en général comme mauvaise - il faut que, dans toute la mesure de ce qui est matériellement réalisable, nous leur donnions nous-mêmes satisfaction.

.../...

Je profite de cette occasion pour dire que si, en fait, nous réussissons souvent à leur donner satisfaction, nous le devons au parfait esprit de collaboration, la pleine amitié, qui caractérise le nouveau "Corps des Anesthésiologues lillois", et qui nous permet de nous "dépanner" mutuellement, d'un hôpital à l'autre le jour où la multiplicité des demandes impérieuses de divers chirurgiens (qui ne comprennent pas toujours que l'Anesthésiste auquel ils font appel ne puisse pas toujours répondre immédiatement à leur demande) et où la nécessité d'un déplacement rendrait impossible la tâche d'un seul d'entre nous. Je saisis donc cette occasion de rendre hommage à mes collègues et je souhaite que cet esprit de corps se maintienne avec le développement obligatoire de notre Spécialité.

Ces considérations générales étant faites, faisons le point de ce qui existe à Lille même.

Mais avant d'envisager les aspects "hospitalier" et "clientèle privée", je ferai le point de notre situation hospitalière ... puisqu'elle conditionne tout.

Si tous les grands services chirurgicaux lillois possèdent leur appareil d'Anesthésie moderne, si chaque chef de service a fait appel à un anesthésiologiste, aucun de nous, pour des raisons diverses, n'est encore titularisé officiellement, sinon de fait, comme Assistant d'Anesthésie de l'hôpital. Nous sommes donc encore tous bénévoles et ne pouvons qu'espérer que ce que nous faisons pour l'hôpital nous sera "rendu au centuple". Or, les chefs de Services sont maintenant tout à fait conquis au "circuit fermé" et n'entendent plus se passer de l'Anesthésiologue (c'est-à-dire que l'on souhaite de celui-ci une présence aussi fréquente que possible, alors que cette présence se fait aux dépens de la clientèle de clinique qui est la seule qui lui permettre de vivre).

Nous assurons d'ailleurs les fonctions d'Anesthésiologue, c'est-à-dire Anesthésie et Réanimation dans les divers hôpitaux, avec un personnel hospitalier qui, comme partout, est insuffisant ... ce qui nous oblige en fait, si nous voulons véritablement que soit fait ce qui doit être fait et si nous voulons que la surveillance des opérés graves soit effective, à une présence très importante dans l'hôpital.

Je signale tout de suite cette situation parce qu'elle détermine toute notre vie. Nous essayons évidemment de grouper dans la semaine nos séances d'anesthésie, mais il faut naturellement tenir compte des impossibilités du Chef de Service. Cette situation est évidemment momentanée et la non organisation effective officielle de l'Anesthésiologie à Lille est, entre autres choses, la conséquence de la réorganisation générale du système hospitalier lillois qui va se poser, d'ici peu, par la mise en service prochaine de la "Cité Hospitalière", véritable monstre hospitalier qui sera comme organisation et comme modernisation à l'avant-garde de ce qui existe en Europe ; celle-ci doit ouvrir (du moins sa première moitié) d'ici un an et tout sera alors à réorganiser en fonction des nécessités nouvelles.

.../...

A ce sujet, s'il est indispensable que chacun des Services de Chirurgie possède son Assistant d'Anesthésiologie et les aides qui lui sont nécessaires, je ne crois pas que la formule de l'Assistant "à temps plein" soit souhaitable.

D'une part, parce qu'il est peu probable que l'Administration des Hospices puisse offrir à ces divers Assistants supplémentaires un traitement qui soit comparable à la situation que le Docteur en Médecine aurait pu se faire en ville, on risque donc que le recrutement et la valeur de ceux qui se consacreront à l'Anesthésiologie en souffrent.

Il ne faut pas oublier en effet que la situation de l'Anesthésiologue dans un Service de chirurgie est fort différente de celle des autres membres du Service qui sont appelés, en suivant les différents échelons, à se faire finalement une situation suffisamment brillante pour compenser une situation momentanément peu rétribuée. Au contraire, l'Anesthésiologue est parvenu à un certain stade qu'il ne dépassera pas et qu'il ne pourra compenser par une situation un jour plus brillante.

D'autre part, si l'Anesthésiologue Hospitalier doit consacrer tout son temps à l'hôpital, les chirurgiens devront faire appel, pour leurs besoins de clientèle privée à des Anesthésiologues non hospitaliers qui n'auront plus, évidemment, le contact hospitalier, si riche d'enseignements ; je crois donc souhaitable que l'Anesthésiologiste hospitalier puisse consacrer une partie de son temps au travail en clinique des chirurgiens.

De même, si la multiplicité des services de chirurgie va entraîner la multiplication désirable des Assistants d'Anesthésie (et sur le plan local, l'enseignement de l'Anesthésiologie à Lille nous fournira, à temps pour l'ouverture de la Cité Hospitalière, les médecins spécialisés nécessaires) je crois aussi qu'il faut veiller également à limiter à temps le nombre des Anesthésistes spécialisés si l'on veut éviter d'aboutir à ce que désirent d'ailleurs certains chirurgiens, à savoir : que chaque chirurgien ait <u>son</u> médecin anesthésiste particulier. Cette solution qui offrirait évidemment au chirurgien le maximum de facilité, aurait en contre-partie deux inconvénients :

D'une part, sauf peut-être des cas tout à fait exceptionnels, un seul chirurgien ne pourrait pas garantir à son médecin-anesthésiste-réanimateur une situation financière qui soit décemment compatible avec son titre de Docteur en Médecine, et la situation très inférieure qui serait faite à celui-ci aurait obligatoirement sa répercussion sur la valeur du recrutement des anesthésiologues, à moins de demander pour l'Anesthésie-réanimation des honoraires qui ne seraient certainement pas admis par la Sécurité Sociale.

D'autre part, cela transformerait en fait, le Docteur en Médecine-Anesthésiste en une sorte de domestique du chirurgien et cela entraînerait l'existence d'un grand nombre d'Anesthésiologistes qui n'auraient plus de contact hospitalier.

.../...

Mais avant les réalisations futures, envisageons la situation hospitalière actuelle (je n'envisage cette question que sous l'angle "Faculté de l'Etat" : Lille, vous le savez, possède également une Faculté Catholique avec ses services hospitaliers propres et je signalerai seulement, à son sujet, que l'Anesthésiologie y est à sa période de formation).

Dans les trois grands hôpitaux lillois, la situation est donc la suivante dans deux d'entre eux :

Hôpital Calmette (chirurgie pulmonaire) Pr. RAZEMON.
Hôpital de la Charité (chirurgie générale) Pr. SWYNGHEDAUW.

Melle le Docteur GREGOIRE pour le premier, moi-même pour le second, y assurons l'Anesthésie-réanimation.

Nous disposons, elle et moi, d'un gros appareil de Heidbrink et tous les produits nécessaires pour l'anesthésie nous sont fournis à volonté et régulièrement ... à condition de veiller nous-mêmes sur les commandes de Protoxyde d'Azote et de Cyclopropane pour lesquels nous dépendons de Paris comme je le dirai tout à l'heure lorsque j'envisagerai la question approvisionnements.

En dehors de l'appareil d'anesthésie lui-même, nous disposons d'un matériel d'accessoires (laryngoscope, bronchoscope, raccords, sondes, pulvérisateurs, etc...) très réduit et d'une façon générale insuffisante. Aussi, si les procédés d'anesthésie les plus variés sont possibles dans ces hôpitaux, c'est parce que nous y amenons nous-mêmes nos propres accessoires afin de pouvoir travailler et de faire face aux nécessités actuelles de la chirurgie thoracique sous ses différents aspects. Matériel et accessoires que nous nous sommes évidemment procurés en profitant de notre voisinage avec les frontières belge et anglaise. Le retard dans l'équipement de ces hôpitaux en matériel et accessoires est évidemment la conséquence du bloquage des crédits pour les travaux de la Cité Hospitalière.

Pour la réanimation, nous disposons du sang et plasma du Centre Régional de Transfusion Annexe à l'Institut Pasteur de Lille, ainsi que du matériel pour perfusion qui nous est livré stérilisé avec les flacons nécessaires.

Il existe à la pharmacie de ces hôpitaux un dépôt de plasma et nous avons les flacons de sang conservé pratiquement à volonté.

Le pharmacien de l'hôpital nous délivre les bons nécessaires pour nous procurer le sang conservé au Centre Régional de Transfusion et je signale seulement que je préfère, quant à moi, me charger personnellement de l'approvisionnement afin d'être certain des conditions de conservation et de transport des flacons de sang. Ce Centre nous délivre aussi les flacons garnis de solution anticoagulante et le matériel de prélèvement et d'injection pour parer aux cas d'urgence, un certain nombre de "Donneurs" ayant été"groupés" à l'Hôpital même.

.../...

L'Hôpital Saint-Sauveur qui comprend du point de vue chirurgie :

- un service de chirurgie générale Pr. DELANNOY.
- un service de chirurgie enfants Pr. INGELRANS.
- un service urologie Pr. MACQUET.

a déjà connu des vicissitudes quant à l'Anesthésiste et repose actuellement à ce sujet sur mon ami BASTIN (Anesthésiste du Pr. INGELRANS) qui assure à la fois l'Anesthésie du Professeur DELANNOY et du Professeur INGELRANS et partage son activité entre leurs services et la clinique installée dans l'hôpital où ces deux chefs de service opèrent la plus grande partie de leur clientèle particulière. Ce groupement du travail facilite la tâche de l'Anesthésiologue qui peut assurer dans des lieux voisins le service hospitalier et la clientèle de clinique.

En matériel d'Anesthésie et en accessoires, cet hôpital, grâce au service du Professeur DELANNOY, dispose d'un matériel beaucoup plus complet, le Professeur LAMBRET y ayant déjà introduit l'anesthésie moderne bien des années avant la guerre. Au besoin, BASTIN complète également par son matériel personnel afin d'assurer un fonctionnement normal.

En ce qui concerne la réanimation, l'Anesthésiologiste est également mieux placé, puisqu'il dispose à la fois des mêmes avantages que les autres hôpitaux en ce qui concerne le Plasma et le Sang conservé du Centre Régional de Transfusion, mais que de plus cet hôpital possède son propre centre de transfusion dirigé par Melle le Docteur CORNILLOT tandis que le Service du Professeur DELANNOY installe également sa Banque de Sang qui travaille déjà de façon importante. Cet hôpital bénéficie d'autre part de la proximité du Centre Régional de Transfusion.

Le Service d'Urologie du Professeur MACQUET ne possède pas encore son anesthésiologiste propre, le Chef de Service faisant appel soit à BASTIN, soit à moi-même, dans la mesure où nous pouvons lui répondre, soit pour sa clientèle particulière (opérée également dans la clinique de l'hôpital) soit pour les grosses interventions du Service et les difficultés nous ont parfois obligé à de curieuses fixations horaires, tardives et même nocturnes.

J'assure enfin, personnellement, les fonctions au Centre Anti-Cancéreux de Lille.

Si nous quittons Lille pour envisager la question hospitalière sur l'ensemble du territoire régional, nous nous trouvons devant cette grande quantité de villes et si nous faisons abstraction du gros centre Roubaix-Tourcoing qui dispose avec Carré d'un anesthésiologiste de longue date, des villes de l'importance de Boulogne, Calais, Dunkerque, Béthune, Arras, Douai, Cambrai, Valenciennes se trouvent aux prises avec les difficultés relatives à leur éloignement de Lille, l'absence encore actuelle d'anesthésiologues (heureusement en voie de formation), à la réanimation et aux problèmes qu'elle pose. Certaines d'entre elles, comme par exemple Lens, possèdent un hôpital très important possédant un matériel d'anesthésie moderne

.../...

relativement important. Pratiquement, les chirurgiens se mettent en rapport avec un anesthésiologue lillois pour leurs grosses interventions de clientèle privée, ils essayent dans la mesure des possibilités réciproques, de profiter de cette venue pour faire bénéficier un ou deux malades d'hôpital de la présence de l'anesthésiologue, mais pratiquement, ils ont recours, pour la presque totalité de la chirurgie "moins importante", à une infirmière, ce qui est évidemment une solution provisoire qu'ils ne peuvent éviter.

Ce n'est évidemment pas une solution moralement défendable et il est certain que progressivement, au fur et à mesure de la formation des Anesthésiologues par la Faculté de Lille, ces postes trouveront leur titulaire, ce qui permettra de faire bénéficier la clientèle hospitalière des mêmes avantages que la clientèle privée.

Déjà Dunkerque et Valenciennes ont annoncé leur concours pour la nomination d'Assistant d'Anesthésie, les autres villes suivront au fur et à mesure des possibilités.

Si nous abandonnons maintenant le problème hospitalier pour envisager celui de la clientèle de clinique, nous constatons que en dehors de la clinique de l'Hôpital Saint-Sauveur, située en plein hôpital, les anesthésiologues lillois ont à faire face à une dispersion assez importante qui complique singulièrement leur tâche s'ils veulent concilier leur service hospitalier avec les déplacements multiples imposés par l'examen du malade avant l'opération, les anesthésies et les surveillances post-opératoires.

Ici encore c'est la parfaite collaboration des Anesthésiologues qui rend possible un fonctionnement normal.

Quant au matériel, il est encore très réduit dans les cliniques (quelques-unes possèdent cependant leur appareil à "circuit fermé") et si toutes les cliniques importantes possèdent leur oxygène, aucune (sauf une seule tenue par un dentiste qui s'intéresse à l'anesthésie) ne fournit ni le protoxyde d'azote, ni le cyclopropane ou même la chaux sodée.

Nous sommes donc obligés de nous déplacer avec tout notre matériel, ce qui complique encore la tâche, et ce qui pose parfois des problèmes d'honoraires encore sans solution à l'égard de la Sécurité Sociale.

Notre approvisionnement en effet dépend de Paris.

Si la succursale de l'Air Liquide nous fournit l'oxygène à volonté, nous devons encore (vraisemblablement pour peu de temps encore) nous procurer à Paris, le protoxyde d'azote et le cyclopropane de même que la chaux sodée. Cela nous oblige (étant donné les délais de livraison parfois assez longs) à posséder un important jeu de bouteilles de gaz. Malgré ce stock, nous devons périodiquement, l'un ou l'autre, faire le déplacement de Paris pour nous assurer les produits dont nous manquons

.../...

parce que nous sommes à la merci d'un retard d'acheminement de bouteilles et parce que nous ressentons avec une importance encore bien plus grande que nos collègues parisiens, les vicissitudes successives de la livraison de la chaux sodée et du cyclopropane.

En contre-partie, le voisinage de la Belgique nous a permis de nous procurer de façon plus précoce et aussi de façon plus effective que nos collègues parisiens un certain nombre de produits américains, à condition que nous acceptions évidemment de nous les procurer à des prix prohibitifs.

En conclusion -

L'Anesthésiologie, dans le nord de la France, a connu dans les années d'avant-guerre, avec les Docteurs CARRE, DRIESSENS (devenu Professeur d'Anatomie Pathologie et Directeur du Centre Anti-Cancéreux), GELLE (devenu Professeur Agrégé d'Obstétrique) et Melle CORNILLOT, "l'époque héroïque" du Protoxyde d'Azote et du Cyclopropane dont l'emploi était alors localisé à l'orbite du Service du Professeur LAMBRET.

Au cours des années qui viennent de s'écouler, depuis la Libération, il nous a été donné de procéder à sa divulgation à travers tout le territoire du Nord au prix de gros efforts personnels. Nous avons bénéficié de l'amélioration considérable du matériel mis à notre disposition et avons profité de l'expérience acquise par les Anglo-Saxons et par nos collègues parisiens. Si c'était toujours de Lille comme avant guerre, que venait cette vulgarisation sur toute la région, nous étions maintenant un certain nombre d'Anesthésiologues pour la réaliser. Chacun des grands services de chirurgie avait en fait son Assistant d'Anesthésie-réanimation et le bon accord entre ces Assistants a permis de répondre à un nombre considérable de demandes provenant parfois de 120 kilomètres de Lille.

Si nous n'avons pas ménagé notre peine, nous avons eu la satisfaction de convaincre successivement les chirurgiens de l'intérêt de l'Anesthésiologie moderne et nous en arrivons à une 3ème période au cours de laquelle nous sommes, en fait, victimes de notre succès et où nous ne pouvons plus satisfaire toutes les demandes.

Il est évident que le corps des anesthésistes hospitaliers lillois sera complété d'ici quelques mois par le retour de plusieurs de nos collègues encore actuellement à Paris et que nous pourrons alors assurer le fonctionnement normal de tous les grands Services chirurgicaux. Le personnel médical d'Anesthésiologie sera donc en place pour l'ouverture de la Cité Hospitalière et pour l'organisation véritable de l'Anesthésiologie sur le plan hospitalier lillois.

Mais alors le nombre des Assistants d'Anesthésiologie sera suffisant pour assurer en même temps les besoins de la chirurgie en clinique, à condition que les médecins anesthésistes continuent à faire preuve de la même compréhension réciproque et du même désir d'entraide. A condition aussi que les chirurgiens comprennent qu'il y aurait danger à multiplier à l'excès le nombre des spécialistes d'Anesthésie-

.../...

réanimation (au point d'avoir chacun le leur), car cela réduirait considérablement l'avenir de cette Spécialité et aboutirait fatalement à en détourner, pour l'avenir, les "sujets" de valeur.

L'organisation hospitalière moderne permettant de réaliser plusieurs opérations, en même temps, dans un même service - il est souhaitable que le médecin-anesthésiste-réanimateur ait à sa disposition des auxiliaires d'anesthésie sous la forme d'Infirmières spécialisées. Celles-ci surveilleraient la marche des anesthésies que l'Assistant d'Anesthésiologie aurait mises en route et dont il continuerait à assurer la direction en passant successivement de l'une à l'autre.

Enfin, il est évident que les besoins en Anesthésiologie de tous les hôpitaux des nombreuses villes secondaires, à grosse population, ne feront que s'accroître et l'impossibilité pour les Assistants d'Anesthésiologie lillois d'en assurer le service s'affirmera de plus en plus. Ce sera donc le débouché tout indiqué pour les nouveaux spécialistes d'Anesthésie-réanimation formés par la Faculté de Lille. Mais là encore, les crédits hospitaliers donneront-ils à l'Anesthésiste-Réanimateur une situation vivable et ne devra-t-il pas assurer le service de plusieurs petits hôpitaux ? Mais tout ceci, c'est le problème de demain....

L'ORGANISATION ACTUELLE ET LE FONCTIONNEMENT DE L'ANESTHESIOLOGIE DANS LA REGION D'AVIGNON

- M. GIBERT -

Dans ce bref rapport sur l'anesthésiologie dans la région d'Avignon, nous n'envisagerons que le côté matériel, purement pratique de la question.

Pour ce qui est du point de vue scientifique, nous nous bornons en effet, pour le moment, à suivre docilement les enseignements de nos collègues parisiens ou étrangers.

Plus tard, peut-être, lorsque notre expérience sera plus grande, pourrons-nous apporter notre modeste contribution à la recherche anesthésiologique.

Aujourd'hui, je veux simplement vous expliquer, vous rapporter comment s'est organisée l'Anesthésie dans notre petite province. J'emploie ces termes de petite province par opposition à la grande province, je veux dire par là les villes de Faculté dont des voix plus autorisées que la mienne, vous parleront.

AVIGNON est un centre chirurgical important dont le rayon déborde largement l'étendue du département. C'est le plus gros centre entre Lyon et Marseille, toutes deux, villes de Faculté dont vous connaissez l'importance. La population d'Avignon est de 70.000 habitants et l'hôpital est de 400 lits avec trois services de chirurgie.

Plus à l'ouest, Nîmes, ville de 80.000 habitants a également une certaine valeur chirurgicale parmi les villes de province.

Ces deux villes, entre Lyon et Marseille, sont justement les deux seules où exerce un médecin-anesthésiste.

J'ai confronté les résultats de mon expérience de deux ans et demi avec ceux de mon confrère de Nîmes et nous sommes arrivés aux mêmes conclusions pour ce qui est de l'exercice actuel de l'anesthésiologie.

Notre travail dépend avant tout des chirurgiens, c'est pourquoi je commencerai par l'étude de nos rapports avec eux. Je distinguerai volontiers parmi les chirurgiens - de province, bien entendu, - trois grandes classes :

D'abord les vieux, les routiniers qui trouvent que çà a toujours bien marché avec l'Ombrédanne donné par la religieuse ou le chauffeur et qu'il n'y a nul besoin de changer. Ils ont plus d'impertance qu'on ne pense car ils font souvent partie des commissions administratives des conseils de la Sécurité Sociale et ils n'ont guère de tendresse pour les jeunes anesthésistes.

Une deuxième catégorie est celle des chirurgiens instruits, compréhensifs qui apprécieraient les avantages de l'anesthésie moderne donnée par un médecin qualifié, mais qui ne veulent pas faire appel à lui pour ne pas vexer la clinique dont

.../...

ils ne sont pas propriétaires, ou bien qui ont peur de faire payer un supplément au client, ou bien encore qui refusent d'amputer leurs honoraires du 1/10ème comme le veut la nomenclature.

Enfin, troisième et bienfaisante catégorie, ceux qui n'hésitent pas à braver ces inconvénients : hostilité d'un personnel ignorant, amputation du 1/10ème des honoraires mutualistes, augmentation de la dépense globale effectuée par le client. Ils assurent le service d'un médecin-anesthésiste, et ma foi, car il y a une justice en ce monde, ils s'en trouvent fort bien, non seulement au point de vue travail, mais même au point de vue clientèle.

Je m'excuse de ce classement un peu schématique, mais je voudrais que vous fassiez comprendre aux jeunes qui vous entourent qu'en province, ils ne trouveront guère qu'un tiers de l'effectif chirurgical disposé à collaborer avec eux. Pour ma part, je travaille énormément avec un chirurgien très éclairé, de valeur nationale débordant le cadre de sa province, je travaille un peu avec deux autres chirurgiens et un peu avec deux urologistes. Les autres, les oto-rhino, les dentistes, les psychiâtres, c'est épisodique, et ne doit pas entrer en ligne de compte.

Après un an d'exercice, mon confrère de Nîmes est arrivé aux mêmes conclusions.

L'organisation horaire de notre travail est différente de celle de nos confrères parisiens. Nous opérons le matin dans les cliniques et il s'agit de matinées opératoires qui finissent couramment à deux heures. L'après-midi, en règle générale, est consacrée à l'hôpital, sauf cas d'urgence en clientèle de ville. Nous avons réussi à convaincre les chirurgiens, tout au moins ceux qui tiennent à notre collaboration, que nous ne pouvions sacrifier les matinées de clientèle pour l'hôpital où l'intérêt est surtout scientifique.

Il existe à Avignon un médecin spécialisé dans l'hémobiologie qui s'occupe également de réanimation pré, per et post-opératoire, mais pas d'anesthésie, et avec lequel nous faisons souvent équipe. Nous nous entendons très bien mais travaillons à honoraires séparés.

Les tarifs, en clientèle, tiennent compte du fait que au moins la moitié des opérés est assurée sociale ou mutualiste. Nous prenons, par conséquent, dans la presque totalité des cas, le tarif de la sécurité sociale fixé par la nomenclature. Nous présentons nos notes nous-mêmes et sommes honorés directement. Aussi bien à Nîmes qu'à Avignon, nous avons été lors de nos débuts, fraîchement accueillis par les cliniques et cette manière de faire en est la conséquence.

Les chirurgiens ont vivement protesté contre la retenue d'1/10ème sur leurs honoraires et j'estime que cet article de la nomenclature entrave l'exercice de notre Spécialité. Il s'est même trouvé un chirurgien qui m'a demandé de lui ristourner le 1/10ème qui lui était retenu. Inutile de dire que j'ai refusé cette proposition, ce qui a nui à nos rapports ultérieurs. Plus regrettable encore à mon avis

.../...

que la retenue du 1/10ème est la phrase de la nomenclature qui n'accorde le remboursement que si l'état du malade ou la nature de l'intervention nécessite l'anesthésie spéciale.

Lorsque nous donnons une anesthésie non indispensable mais qui tout de même assure plus d'agrément au patient et plus de confort au chirurgien, elle n'est pas remboursée et c'est très dommage.

Si l'organisation de l'anesthésie en clientèle ne nous semble pas parfaite, par contre, nous sommes très contents de notre travail hospitalier. Là vraiment, nous avons l'impression de faire oeuvre utile et j'espère que dans quelques années, quelques résultats scientifiques viendront récompenser nos efforts.

Nous avons été très bien accueillis par l'administration de l'hôpital. Les dirigeants de la commission administrative ont assisté l'année dernière à un Congrès national où on leur a expliqué l'importance de l'anesthésie et de la réanimation. Ils ont très bien compris notre rôle et nous facilitent notre tâche dans la mesure de leurs moyens.

Un concours a eu lieu à Marseille à la suite duquel j'ai été nommé Médecin Chef du Service d'Anesthésie-réanimation avec un médecin assistant.

A Nîmes, un concours avait été annoncé puis il a été supprimé, faute, je crois, de jury, et le confrère a été nommé par décret. Dans l'une et l'autre ville, on nous a fourni le matériel nécessaire ainsi que le personnel infirmier, si bien, je le répète que cette partie de notre tâche, si elle n'est pas la plus rémunératrice - les honoraires hospitaliers ne sont que 40 % de ceux de ville - est cependant la plus intéressante. Des projets de construction d'hôpital moderne à petites chambres, avec blocs opératoires dernier cri, rendent encore l'avenir plus séduisant.

Enfin, l'administration de l'hôpital, officieusement, au cours de conversations amicales m'a vanté les avantages du full-time. J'ai répondu que le full-time ne serait acceptable que si le rendement financier était équivalent à celui d'une clientèle de ville, et nous en sommes restés là.

Je ne vous parlerai pas longuement de nos difficultés d'approvisionnement. Elles sont celles de tous les autres confrères anesthésistes. Je les ressens d'autant plus que je dois apporter moi-même dans les cliniques, toutes mes fournitures, Oxygène, Protoxyde, barbituriques, éther, seringues et même le lencoplaste pour fixer mes sondes. Pour ce qui est des appareils d'anesthésie eux-mêmes, vous me permettrez, au risque de paraître paradoxal, de regretter qu'on se les procure si facilement.

En effet, je crains que certains chirurgiens peu au courant de la complexité de l'anesthésiologie ne s'imaginent qu'il suffit d'avoir un bon appareil

.../...

pour avoir une bonne anesthésie et qu'ils ne fassent endormir leurs patients par la première infirmière venue.

Actuellement, il n'y a pas dans la région d'infirmière véritablement qualifiée, capable de donner une anesthésie correctement. A Arles, une auxiliaire fait du circuit fermé et les chirurgiens s'en contentent, n'ayant pas de médecin anesthésiste. A Avignon, une jeune femme a essayé d'en donner après avoir été passer un mois à St Germain en Laye ; elle n'a pas réussi.

Je pense qu'actuellement, le gros danger pour le malade n'est pas l'infirmière qualifiée, il y en a très peu, c'est l'infirmière plus ou moins habituée à l'Ombrédanne qui se lance tête baissée dans le circuit fermé. Il existe malheureusement certains chirurgiens qui s'imaginent qu'il suffit de mettre 2 à 300.000 francs dans un appareil pour avoir de bonnes anesthésies. Ils risquent d'avoir des mécomptes dont les malades feront les frais. Une anecdote illustrera cette crainte : un jour à l'hôpital, j'ai vu arriver un chirurgien d'une petite ville des environs qui me dit "Mon cher, j'ai acheté un superbe appareil, je vous présente mon infirmière, soyez assez aimable pour lui apprendre l'anesthésie moderne pendant que je vais faire une course en ville". J'eus toutes les peines du monde à lui expliquer, à lui et à sa charmante infirmière qu'une heure ne suffisait vraiment pas pour apprendre l'anesthésie et encore il ne m'a pas cru et a du trouver que je faisais bien des embarras.

Je pense qu'actuellement dans nos petites villes de province c'est là qu'est le danger, et je le répète, danger plus encore pour la santé des malades que pour les intérêts de notre Spécialité.

Pour terminer ce petit rapport sur une note optimiste, je vous parlerai de nos relations avec la Sécurité Sociale et plus spécialement avec les médecins-conseils. Eh bien, à Avignon, ils sont excellents. Eux aussi, peut-être sur des instructions venues d'en haut, ont compris la nécessité et l'importance de l'anesthésiste réanimateur, et je n'ai jamais eu d'accrochage avec eux.

Ils sont souvent peu au courant des modifications de la Nomenclature. En général, c'est moi qui les leur apprend, par exemple, pour la récente promotion de l'appendicectomie perforée et drainée qui est montée à K 80. Mais enfin, pour des bureaucrates, ils sont très aimables.

Par une sorte de convention implicite, nous admettons que les cas où l'état du malade et la nature de l'intervention nécessitent l'anesthésie spéciale, sont toutes les opérations à partir de K 80. Le même modus vivendi a été adopté à Nîmes sans que nous nous soyions concertés.

Voici terminé ce petit exposé.

J'ai voulu vous montrer comment nous travaillions dans notre petite province en dehors des grandes villes. Il est évident qu'à Lyon, Marseille, ou Nice

.../...

les conditions de travail doivent être différentes.

Je vous remercie de votre attention. Je remercie surtout les confrères parisiens qui nous ont réunis et nous ont permis de nous rapprocher, de nous connaître et de profiter de notre mutuelle expérience.

DISCUSSION DES COMMUNICATIONS

M. BOUREAU - Nous allons, si vous le voulez bien, ouvrir la discussion sur les communications que nous venons d'entendre et par extension sur l'opportunité d'une organisation de l'Anesthésiologie sur le plan national. La question la plus importante à résoudre est en effet de savoir s'il faut adopter une ligne de conduite différente à Paris et en province ou si nous devons avoir au contraire un programme d'action commun.

M. BATAILLE - A la suite des trois communications qui viennent d'être faites, on a le sentiment que l'anesthésiologie traverse actuellement une période de malaise aussi bien en province qu'à Paris. Il semble donc nécessaire de chercher maintenant le moyen de sortir de cette impasse.

En premier lieu, il faudrait que les anesthésistes ne soient plus considérés par les chirurgiens comme des petits garçons et par les administrations hospitalières comme des auxiliaires subalternes, mais comme des spécialistes qualifiés ayant la même autorité que les autres chefs de service ; et pour cela, je pense que nous devons nous affranchir de toutes les contraintes qui entravent notre liberté. Ces contraintes, à mon avis, ont deux sources : d'une part, le patronat chirurgical, d'autre part, les Caisses de Sécurité Sociale ou tous autres organismes du même genre.

Vis-à-vis du patronat, il serait nécessaire que les confrères qui sont en rapport avec des chirurgiens des Hôpitaux essaient de leur faire admettre cette nécessité de l'indépendance des anesthésistes, absolument indispensable si l'on veut mettre sur pied un corps de spécialistes placés sous la direction d'anesthésiologistes compétents.

Vis-à-vis de la Sécurité Sociale, je crois que si nous suivons la voie classique, c'est-à-dire cette soumission passive du corps médical aux décisions de la S.S., nous aurons toujours le couteau sous la gorge comme tout le reste de la profession.

Il est actuellement indispensable de prendre certaines décisions qui nous placeront dans un état d'indépendance à la fois vis-à-vis des chirurgiens et des administrations sociales.

Par exemple, lorsque nous demandons nos honoraires, nous dépendons du K chirurgical et par surcroît ce K chirurgical se trouve diminué lorsque nous signons une feuille d'assurance sociale ; ceci est inadmissible.

Par ailleurs, il y a des interventions pour lesquelles nous ne percevons aucun honoraire ; ainsi l'anesthésie n'est pas réglée en milieu hospitalier lors-

.../...

qu'il s'agit d'une appendicite. J'estime que tout acte doit être rémunéré suivant un certain taux, et que ce taux doit être fixé par les Syndicats sans tenir compte des décisions arbitraires prises par les caisses et la Direction de la Sécurité Sociale.

Si nous atteignons ce but, on commencera peut-être à comprendre que le corps des anesthésistes représente une force devant laquelle tous ceux qui cherchent à s'opposer au développement de notre Spécialité devront finalement s'incliner.

M. SIMON - Plusieurs orateurs ont employé pour le K une formule qui n'est pas exacte. On a parlé à plusieurs reprises de ce que nous prenons sur le K chirurgical. Il n'est pas question de prendre quoi que ce soit.

De par la loi, lorsqu'il y a anesthésie en circuit fermé, administrée par un médecin-anesthésiste et lorsque l'acte chirurgical est coté en K, le K chirurgical englobe pour un dizième le K anesthésique. Ce dizième est doublé ou triplé par la Sécurité Sociale selon que l'acte chirurgical est coté au-dessous ou au-dessus de 100. Par exemple, une intervention cotée K 120 à la nomenclature entraîne K 108 (120 - 12) pour le chirurgien et K 36 (12 x 3) pour l'anesthésiste. Ceci est légal.

L'année dernière, parlant de cette question avec un chirurgien de province, celui-ci me dit : "Mais c'est absurde, je ne vois pas pourquoi je donnerai 10 % de mes honoraires à l'anesthésiste". J'ai essayé de lui expliquer qu'il ne donnait rien du tout, que le K anesthésique ne représente pas un cadeau et que cela ne modifie en rien le chiffre de ses honoraires, vu qu'il y a des interventions pour lesquelles - légalement d'ailleurs - il peut se faire honorer à un chiffre supérieur au K de la nomenclature. Je dois ajouter qu'après tout le mal que je me suis donné pour le lui faire comprendre, il est resté plus que jamais sur sa position première.

En somme, tout ce jeu des K est surtout fait pour le remboursement des malades qui y gagnent, sans que le chirurgien y perde.

M. BOUREAU - Absolument.

M. BEDARD - Je suis de l'avis de M. SIMON et je vais vous poser une question. Est-ce que vous connaissez beaucoup de chirurgiens qui demandent habituellement des honoraires exactement en rapport avec le K ? Hormis pour certains malades peu fortunés, la plupart du temps, le K ne sert que d'élément d'appréciation et le chirurgien demande des honoraires qu'il juge compatibles avec la situation financière de son opéré et l'intervention qu'il a pratiquée. Ce en quoi il a raison. Mais dans ces conditions, il est bien évident que la question des 2 ou 3/10 amputés sur le K opératoire ne se pose plus. Cette question ne saurait d'ailleurs se poser que lorsqu'il s'agit d'un tiers payant, comme dans le cas des sociétés mutuelles chirurgicales, par exemple où 1/10 est réellement déduit ; or, l'expérience prouve que dans ces cas là, le chirurgien n'hésite pas à recourir à la collaboration de l'anesthésiste s'il la juge indispensable.

.../...

M. GIBERT - M. SIMON a raison, mais en théorie seulement. Les chirurgiens ont depuis toujours, l'habitude de marquer la totalité du K opératoire ; ils ne peuvent se résoudre à noter seulement les 9/10.

M. SIMON - Mais puisqu'en pratique, ils ne respectent pas le K, pourquoi attachent-ils une si grande importance à ce dixième qui appartient à l'anesthésiste. Nous comprenons tous, nous anesthésistes, comment se présente le problème ; mais ce qui est grave, c'est que certains chirurgiens ne le comprennent pas ou ne veulent pas le comprendre. A mon avis, cette situation devenant tellement intolérable, il faudrait que notre Syndicat entre en relation avec les Syndicats des chirurgiens pour leur exposer ce problème. S'il n'y a pas de solution dans les trois mois, je considère que nous devons renoncer au système actuel.

Je demande si vous êtes d'accord que nous émettions un voeu à ce sujet.

M. BEDARD - M. SIMON a tout à fait raison mais il faudrait envisager la question d'un point de vue plus général. Vous savez en effet, qu'à l'hôpital, les chefs de service touchent les honoraires qui leur reviennent au titre de la Sécurité Sociale en fonction du K opératoire. Or, dans un grand nombre de cas, le chirurgien dispose de ces sommes comme il l'entend, bien qu'une partie d'entre elles représente les honoraires des aides et de l'anesthésiste. C'est là où il y a une nuance.

M. WIOT - Un chirurgien m'a confié qu'il ne lui était pas possible d'appeler un médecin-anesthésiste pour des interventions comportant un K peu élevé, une appendicectomie par exemple, parce qu'il travaillait pour une Mutuelle chirurgicale et devait appliquer rigoureusement le tarif de la Mutuelle. Je lui ai demandé ce qu'il donnait à une infirmière anesthésiste pour une appendicite : 1500 Francs. J'ai alors ajouté : La Mutuelle vous rembourse K 50 pour une appendicectomie, soit 10.000 Francs. Si vous appelez votre infirmière anesthésiste, il vous reste donc 8.500 Francs. Si vous appeliez un médecin-anesthésiste qui serait directement honoré par la caisse, vous seriez remboursé K 45, soit 9.000 Francs. D'où une différence de 500 francs à votre détriment lorsque vous faites appel à une infirmière.

M. SIMON - Dans les hôpitaux de Paris, je crois que les choses ne se passent pas exactement comme M. BEDARD l'exposait il y a un instant et qu'il existe une masse commune.

M. BOUREAU - C'est exact ; dans les hôpitaux de Paris, les honoraires dus au titre de la S.S. sont à l'heure actuelle versés à une masse chirurgie qui est répartie sous forme de parts, en nombre inégal pour chacun, aux chefs de service, assistants, anesthésistes, attachés de consultations, internes et externes. La remarque de M. BEDARD n'est donc pas exacte en ce qui concerne Paris.

Par ailleurs, je voudrais reprendre une remarque de M. BATAILLE qui nous a dit que les caisses de S.S. ne remboursaient l'anesthésie qu'au delà d'un certain K. Il ajoutait notamment qu'une anesthésie pour appendicite n'était pas remboursée. Aurais-je mal compris ?

.../...

M. GIBERT - Non, non, il en est de même à Avignon.

M. BOUREAU - Alors, c'est une erreur ; l'anesthésie pour appendicite doit être honorée si une anesthésie spéciale a été nécessaire. Prenons le cas d'un tuberculeux pulmonaire en activité pour lequel une appendicectomie serait nécessaire et supposons qu'une narcose au cyclopropane soit jugée préférable à toute autre. Il s'agit là d'une anesthésie spéciale ; elle doit être remboursée si elle est donnée par un anesthésiste qualifié. Il en serait de même le cas échéant, d'une anesthésie pratiquée pour une incision d'anthrax ou de panaris.

M. BATAILLE - Et pourtant certaines caisses refusent de régler l'anesthésie pour toute opération dont le K est inférieur à 80.

M. GIBERT - Il en est de même à Avignon.

M. SIBAUD - De toute façon, s'il ne s'agit pas d'une anesthésie spéciale, il existe toujours la cotation en P.C. qui est admise même pour un panaris.

M. BEDARD - Il faudrait faire des démarches pour éviter qu'il y ait des régions où l'on ne rembourse pas toutes les anesthésies pratiquées par des spécialistes. Je sais que dans quelques régions, on ne rembourse pas certaines anesthésies. C'est une distinction qui ne doit pas exister et les caisses devraient admettre que si l'on fait appel à un spécialiste, c'est que l'état du malade l'exige. En tout cas, il ne saurait y avoir un mode de règlement différent d'une région à l'autre.

M. GIBERT - A Avignon, la commission administrative de l'hôpital, très bien disposée à mon égard, a essayé de faire modifier sa convention dans le but de faire rembourser par la S.S. tous les actes d'anesthésie quel que soit le K opératoire. La caisse a formellement refusé prétendant qu'elle n'avait pas à rembourser l'anesthésie pour les interventions cotées au-dessous de K 80. Par la suite, le Conseil de la S.S. a demandé l'avis des chirurgiens et l'un d'entre eux a répondu qu'au-dessous de K 80, il n'était pas besoin de médecin-anesthésiste.

M. BOUREAU - Quelle que soit l'opinion de ce chirurgien, je répète que cette caisse est dans l'erreur en ne réglant pas les actes d'anesthésie pour les interventions cotées au-dessous de K 80, lorsqu'il s'agit d'une anesthésie spéciale donnée par un spécialiste ; les textes officiels sont formels. La modification de l'article 10 de la nomenclature parue au Journal Officiel du 16 Décembre 1947 précise : "qu'en cas d'anesthésie spéciale nécessitée par l'état du malade ou la nature de l'intervention, il est alloué à l'anesthésiste qualifié un honoraire séparé. Les anesthésies spéciales sont :

a) les anesthésies comportant l'emploi du circuit fermé.

b) les anesthésies continues par voie intraveineuse ou rectale, sans autre anesthésie complémentaire.

c) les anesthésies combinées avec une curarisation."

.../...

Je crois que ce rappel est propre à clore la discussion entamée sur ce sujet. Chacun de vous peut et doit faire état de ce texte si les caisses refusent de régler certains actes d'anesthésie pratiqués à l'occasion d'interventions mineures.

Si vous le voulez bien, je voudrais maintenant porter la discussion sur un plan plus élevé en soumettant à vos réflexions l'incompatibilité de fait qui existe la plupart du temps entre nos obligations hospitalières et notre pratique privée.

A cet égard, j'ai relevé dans l'exposé de M. GIBERT un point très intéressant, à savoir la répartition de l'hôpital et de la ville entre la matinée et l'après-midi. Nous aurions intérêt, je crois, les uns et les autres, à faire campagne dans ce sens auprès des chirurgiens de façon à réserver nos matinées à notre activité privée et nos après-midi à l'hôpital ou vice-versa. Il me semble que c'est la seule façon de résoudre cette question car à l'heure actuelle, comme le disait très bien MAROGER, il nous arrive de perdre des correspondants parce que nous allons à l'hôpital, et nous remplissons mal nos fonctions hospitalières parce que nous devons travailler en clinique pour gagner notre vie. Une solution identique a déjà été adoptée dans nombre de pays étrangers où les mêmes problèmes se sont posés ; elle est même adoptée en France par quelques jeunes chirurgiens qui consacrent leurs matinées à l'hôpital et opèrent leurs malades de ville l'après-midi. Ne croyez-vous pas que cette méthode mériterait d'être généralisée et que nous devrions essayer d'en convaincre les chirurgiens ? Il y a là, me semble-t-il, un problème très important à résoudre.

M. WIOT - Je suis actuellement dans les hôpitaux de Marseille trois matinées par semaine, les trois autres étant réservées à ma clientèle privée.

M. BOUREAU - C'est une bonne formule, si vos chirurgiens acceptent de s'y conformer scrupuleusement.

M. KERN - Je voudrais dire quelques mots sur le fond du débat. On s'élève contre la dépendance de l'anesthésiste, dépendance qui est aujourd'hui celle du chirurgien. Mais je dois vous faire remarquer que cette dépendance existe dans les pays anglo-saxons où l'anesthésie a derrière elle une tradition et une histoire beaucoup plus longue qu'en France. Je ne pense pas qu'il soit possible de faire autrement que de remplacer une dépendance par une autre. On sera toujours dépendant de quelqu'un : ou bien comme actuellement des chirurgiens, ou bien, si l'on est attaché à l'hôpital ce que préconise MAROGER, de l'Administration de cet Hôpital , ce qui sera encore beaucoup plus grave.

Je crois que la seule formule qui nous permette de nous considérer non pas comme indépendants mais d'avoir notre place, une place honorable, c'est la valeur que le chirurgien attribue aux services qu'on lui rend. Il est fort possible qu'en créant des écoles, en faisant des élèves, des élèves qui suivent les cours plus longtemps qu'à présent, en donnant des anesthésies de qualité, ce ne sera que par la qualité de notre travail, par l'assurance que nous apporterons, par le

.../...

secours que nous donnerons, que nous arriverons à nous imposer. Et ceci pose un autre problème : le problème de notre valeur non seulement au point de vue individuel mais aussi comme collectivité. Je pense que l'anesthésie en France ne pourra réellement avoir une place importante que le jour où elle sera importante elle-même numériquement. Nous sommes une poignée ! MAROGER a dit tout à l'heure qu'il y avait trop d'anesthésistes à Paris. Personnellement, je ne le pense pas. Je pense, au contraire qu'il y en a très peu pour couvrir les besoins de la France entière. Ce qui se passe pour l'anesthésie, qui a fait des progrès immenses, c'est qu'au fur et à mesure que le nombre des anesthésistes augmente, les chirurgiens qui autrefois n'attachaient pas d'importance à l'anesthésie moderne y arrivent. Ils y arrivent par la force des choses, soit parce qu'eux mêmes s'en sont convaincus, soit parce qu'il y a l'exemple des autres chirurgiens qui pratiquent l'anesthésie moderne, soit parce que quelques clients commencent à la demander. Tout notre intérêt, c'est d'avoir un maximum d'élèves, de former des élèves capables, parfaits, et ceci nous permettra également de résoudre les deux premiers points du problème : celui de l'anesthésie en clientèle et celui de l'anesthésie à l'hôpital. Nous n'avons pas le don de l'ubiquité, mais si nous pouvons nous faire remplacer non pas par des hommes incompétents mais par des gens compétents, ce sera toujours accepté. Il ne faut pas que nous considérions les élèves comme des concurrents en herbe mais comme des collaborateurs. Si nous avons cet état d'esprit, je crois que d'ici quelques années nous pourrons faire quelque chose, parce qu'aujourd'hui, notre action syndicale s'éparpille. Nous luttons contre les chirurgiens, contre les réanimateurs, contre les infirmières... C'est un combat sur trois fronts. Pour combattre sur trois fronts, il faut être fort. Comptons nous? Combien sommes-nous ?

Ceci est une question de politique. En attendant que nous soyons forts pour une action syndicale, il vaut mieux nous concilier ceux qui sont forts, c'est-à-dire les chirurgiens. Je crois que dans notre conduite syndicale jusqu'à présent, trop souvent nous avons eu le tort de nous dresser contre les chirurgiens.

En résumé, je pense que l'avenir de l'anesthésie est dans le nombre. Nous tous, qui sommes ici, faisons tout pour que ce nombre augmente. Quand, à la fin de la guerre, je suis revenu à Paris, encore avant d'être démobilisé, j'ai pris l'initiative de faire le premier cours d'anesthésie. Il y a des anesthésistes de l'ancienne garde qui m'ont dit : Vous êtes fou ! vous avez ici quelque chose de nouveau, quelque chose d'extraordinaire, vous n'allez pas vulgariser cela ! Eh bien, cet état d'esprit ne peut pas continuer. D'ailleurs, pour ma part, je pense qu'il ne continue pas puisque depuis cinq ans, l'anesthésie a fait des progrès immenses. Mais si l'on veut faire marche arrière, si l'on veut limiter cet essor, on sera toujours pris de vitesse. Le progrès s'impose, qu'on le veuille ou non. Décidons tous de le vouloir et travaillons à augmenter notre nombre.

M. MAROGER - J'ai l'impression que KERN m'a mal compris parce que moi-même avant la Faculté, j'ai organisé un cours d'anesthésie que certains ici connaissent. D'autre part, j'ai bien connu les pays anglo-saxons pour y avoir été depuis plus de dix ans. Et enfin, vis-à-vis des collègues dont vous parlez, j'ai toujours été partisan d'augmenter le nombre des spécialistes.

.../...

Je n'ai pas non plus le désir de m'opposer à des confrères que nous fréquentons tous les jours et il est inutile d'avoir un esprit de combat. Mais j'ai constaté tout de même, pour l'avoir vécu comme interne, qu'aux Etats-Unis, on est l'anesthésiste d'une clinique et non pas d'un chirurgien. J'ai constaté qu'en Angleterre le démarrage de l'anesthésie s'est fait le jour où le premier anesthésiste anglais, Mac Intosh, est devenu indépendant parce qu'il était professeur d'anesthésiologie. C'est à ce moment là que je suis allé le voir en 1938. Par conséquent, il me semble que nous pouvons très bien associer tous ces points de vue. Mais je pense qu'actuellement, nous faisons fausse route. Vous êtes ce que je me suis permis d'appeler, en pensant à vous et à deux ou trois autres parisiens, pour des solutions individuelles, et qu'en savez-vous ? ... peut-être provisoires. Personne n'est sûr du lendemain, mon cher Kern. Aussi, je persiste dans la position que j'ai prise tout à l'heure.

M. KERN - Puisque vous faites allusion à une situation personnelle très particulière, je suis en effet pratiquement l'anesthésiste d'un seul chirurgien pour qui je travaille aussi bien en clientèle qu'à l'hôpital. Mais je dois dire qu'en acceptant ce travail pour un seul chirurgien, j'ai du faire abandon de beaucoup de possibilités du côté matériel.

On ne peut pas en même temps consacrer à l'hôpital un temps considérable et gagner beaucoup d'argent. Ce n'est pas possible. Il faut donc faire un choix. Ce choix, je l'ai fait et je me contente de gagner ma vie, mais je ne gagne certainement pas ce que je pourrais gagner si je voulais faire abandon de l'hôpital.

D'autre part, toujours dans le même état d'esprit, on n'est jamais à l'abri comme le dit MAROGER, d'un accident de cette nature. Cela aussi je l'accepte, non pas par calcul mais parce que j'aime le service à l'hôpital, j'aime l'enseignement. Je n'ai peut-être pas beaucoup de mérite à le faire. Je mets les points sur les i : cette situation particulière que MAROGER a qualifiée de "provisoire" est dangereuse peut-être. Eh bien, cette situation provisoire comporte de ma part certains sacrifices que d'autres ne peuvent pas faire. Je ne veux pas dire qu'ils ne le veulent pas, je dis qu'ils ne peuvent pas le faire. Donc cette situation est extrêmement nette, et si cette position qui est la mienne me permet quand même d'assurer actuellement un service d'une façon efficace et donne satisfaction au chirurgien, c'est uniquement parce que, au cours des trois dernières années, j'ai formé des élèves qui sont absolument à la page et que je peux tranquillement envoyer faire les anesthésies du patron. Il les acceptent, il les connaît, il connaît leurs capacités, il a confiance en eux, ce sont de véritables collaborateurs, ces collaborateurs de l'équipe, parce que je crois que l'équipe continue à exister.

Je voudrais ajouter un mot parce qu'au début de cette séance on a fait allusion, BOUREAU a fait allusion à ceux qui ont critiqué l'organisation de ces journées et notamment la limitation des invitations aux membres du syndicat. Eh bien je suis du nombre et pour ma part, je regrette qu'à l'occasion de ce Congrès, que j'aurais voulu beaucoup plus large, on ait dit : Nous n'invitons pas ceux qui nous boudent. D'abord, ceux qui boudent auraient pu être intéressés et venir à nous.

.../...

Mais il y en a beaucoup qui ne nous boudent nullement. Ou bien, ils ne nous connaissent pas, ou bien c'est une affaire de négligence de leur part, ou bien c'est encore parce que leur candidature traîne parce que la procèdure est longue. Eh bien, tous ceux-ci auraient du faire bloc avec nous, faire bloc en général et pas seulement pour les questions syndicales, parce que si nous ne voulons pas être considérés comme des petits garçons par les Chirurgiens, nous devons faire quelque chose de plus vaste.

J'espère que l'année prochaine - parce que je suis pour les solutions positives et pas pour la critique - nous ferons quelque chose qui dans le cadre du Congrès de Chirurgie intéressera aussi les Chirurgiens. Mettons au programme quelque chose d'universel. Invitons tous ceux qui sont anesthésistes et qui s'intéressent à l'anesthésie et donnons un témoignage tangible de notre vitalité, de notre intérêt à l'étude de toutes ces questions.

M. BOUREAU - J'ai déjà dit tout à l'heure en ouvrant ce Congrès que je souhaitais pouvoir agir l'année prochaine dans le sens que vous indiquez, mais les membres de ce bureau pas plus que son président n'entendent agir en dictateurs. Dans l'organisation du Congrès, nous n'avons fait qu'exécuter les consignes qui nous ont été données par la majorité des membres présents à notre séance du 6 Juillet dernier.

Je rappelle à ceux qui semblent l'avoir oublié qu'il avait été décidé de n'inviter que les membres du Syndicat. Certains - et vous êtes en effet du nombre, KERN - ont manifesté une opinion différente, mais la majorité en a décidé autrement.

M. KERN - Est-ce qu'on a voté ?

M. BOUREAU - Parfaitement, et je n'ai fait que me conformer avec le Bureau aux décisions prises en commun. Pour cette première manifestation nationale de notre solidarité corporative, je pensais pour ma part qu'il était préférable de ne pas étendre notre auditoire au delà des limites de notre Syndicat. Ce sont nos premièeres armes dans ce domaine, et nous ne devions à aucun prix nous exposer à subir un échec qui pouvait avoir des conséquences désastreuses pour l'avenir de notre Syndicat. La majorité d'entre vous a été de mon avis et ce sont, je le répète, des décisions prises en commun qui ont été mises à exécution. Je me suis efforcé avec l'aide de mes deux assesseurs d'organiser un Congrès qui fut apprécié de tous, et croyez-moi, notre tâche n'a pas été facile. Nous y travaillons depuis trois mois, c'est là un aspect de la question qui me semble avoir échappé à certains. Je sais déjà aujourd'hui, par l'intérêt suscité à l'annonce de cette manifestation, par la réponse unanime de chacun d'entre vous, par l'auditoire extra-syndical qui nous écoute, que ce Congrès est une réussite et c'est pour votre Bureau la plus belle récompense à ses efforts.

Devant ce succès, je suis entièrement d'accord pour que notre Congrès de l'an prochain, dont chacun parle déjà, soit ouvert à un auditoire plus étendu et

.../...

réunisse tous les anesthésistes français sans exception.

Cette parenthèse étant fermée et pour revenir sur une question intéressante et positive, je voudrais demander à KERN ce qu'il pense de la suggestion que je faisais tout à l'heure concernant la scission de notre travail en ville et à l'hôpital entre le matin et l'après-midi. C'est une question qui me tient à coeur et que je crois réalisable pour l'avoir vu fonctionner à Londres où je me trouvais en 1946. J'ai assisté à des séances opératoires à l'hôpital qui avaient lieu tantôt le matin, tantôt l'après-midi. Pourquoi ne pas admettre que la chose soit possible en France ; elle résoudrait bien des problèmes actuellement insolubles pour nous. KERN nous a dit qu'il faisait de gros sacrifices pour assurer son service à l'hôpital ; c'est très bien, mais ceci ne veut pas dire que ce soit la seule solution à laquelle nous devions tous nous rallier.

M. KERN - Le gros obstacle, ce ne sera pas les chirurgiens, mais l'Assistance Publique de Paris.

M. BOUREAU - Je crois cependant que c'est la formule de l'avenir. Déjà un certain nombre de chirurgiens opèrent l'après-midi. Si l'Assistance Publique refuse que l'on opère l'après-midi dans les hôpitaux, en dehors des urgences, alors essayons d'agir auprès des chirurgiens pour que ce soient les malades de ville qui soient opérés l'après-midi.

M. MAROGER - Vous souvenez-vous, KERN, de ce que vous avez dit à l'une de nos réunions "Il faudrait essayer d'obtenir de l'Assistance Publique que nous ayons une matinée de présence à l'hôpital par semaine et deux ou trois après-midi". De cette façon, nous pourrions faire marcher un service mais je sais bien que l'Assistance Publique nous dira : Nos assistants des hôpitaux doivent être dans leur service tous les jours de 9h30 à midi.

M. KERN - C'est une question de responsabilité. Si vous avez des collaborateurs qui sont tout à fait à la hauteur, c'est possible.

M. MAROGER - Ah non, un assistant des hôpitaux doit être dans son service en personne.

M. KERN - Pour le moment, la question n'est pas là.

M. MAROGER - Les règlements sont formels.

M. BOUREAU - Je voudrais poser une question à MAROGER qui, dans son rapport, envisageait la possibilité de voir les médecins anesthésistes attachés chacun à une maison de santé. Ce serait certes, une excellente formule, mais je ne comprends pas très bien comment, dans ces conditions, les assistants des hôpitaux pourraient assurer leur service hospitalier.

M. MAROGER - Précisément comme KERN le fait, grâce à un certain nombre d'élèves. Si un jour il jugeait sa présence plus utile à l'hôpital qu'à la clinique, il serait

.../...

à l'hôpital. La solution de KERN est excellente, mais je persiste à croire qu'elle représente un cas individuel qui n'est pas fréquent. Mon rapport est peut-être un peu amer, parce que je me trouvais ces jours-ci devant une situation que je craignais depuis longtemps et devant laquelle certains d'entre vous vont peut-être se trouver prochainement, devoir choisir entre deux correspondants très chers et devoir abandonner l'un pour conserver l'autre. Je sais bien qu'étant donné l'évolution actuelle, nous nous dirigeons tous dans ce sens, mais c'est bien pourquoi je pense qu'il est temps de prendre certaines mesures.

M. BEDARD - Je voudrais simplement dire ceci : KERN a raison quand il dit que nous devons faire un travail aussi parfait que possible. Nous n'aurons de résultats vis-à-vis des chirurgiens qu'en leur donnant des anesthésies aussi bonnes que possible et en étant pour eux des collaborateurs sur lesquels ils peuvent compter. Quand j'ai commencé, la plupart des chirurgiens ne connaissaient pas l'anesthésie moderne, j'ai rencontré un enthousiasme modéré et ce n'est que petit à petit, devant les résultats que les chirurgiens ont pu obtenir grâce à ces anesthésies modernes qu'ils sont devenus des partisans convaincus de ces nouvelles méthodes.

Ceci pose la question de la qualification du spécialiste, en anesthésiologie. Notre Spécialité en est encore à ses débuts et je crois qu'il ne faut pas décerner à tort et à travers le titre d'anesthésiste qualifié. Il faudrait exercer un certain contrôle et ne pas qualifier des personnes qui n'exercent que depuis six mois par exemple. Il ne suffit pas d'avoir à sa disposition un appareil et de tourner des manettes pour s'intituler anesthésiste. Nous devons nous-mêmes rechercher toujours la perfection dans notre spécialité et lorsque nous envoyons des confrères à notre place veiller à ce qu'ils ne puissent pas jeter le discrédit sur la spécialité que nous exerçons.

M. BOUREAU - Cette question de la qualification n'est pas encore résolue car aucune commission de qualification n'a encore été créée pour les anesthésistes, mais je sais qu'on s'en occupe en haut lieu et que prochainement des commissions fonctionneront dans ce but. J'espère en faire partie ainsi que plusieurs d'entre vous.

Messieurs, nous avons fait le tour d'un certain nombre de questions et entendu des opinions toutes très intéressantes. Il va être temps de nous séparer, mais auparavant je voudrais souligner deux points :

- Je vous rappelle en premier lieu, que nous avons ce soir, à 20 h 45, à la Maison de l'Amérique Latine, une soirée au cours de laquelle seront projetés des films d'Anesthésie. Vous y êtes tous conviés ainsi que vos épouses que nous serons heureux d'accueillir à l'occasion de cette réception intime.

- Pour la séance de demain, je vous demande d'être exacts car l'Ordre du jour est très chargé.

Je pense que cette séance sera plus intéressante encore que celle d'aujourd'hui dont le sujet était, par certains côtés, un peu aride. Dans la séance de

.../...

demain, nous envisageons encore des questions syndicales mais à la lumière de faits cliniques qui apporteront à nos débats une note scientifique pleine d'intérêt.

Je crois que vous serez plus nombreux qu'aujourd'hui car certains confrères de province ne doivent arriver que ce soir.

Je vous donne donc rendez-vous, ce soir, à 20 h 45, à la Maison de l'Amérique Latine et ici même demain à 15 heures très exactement.

(La séance est levée à 17 h 30).

SEANCE DU MERCREDI 5 OCTOBRE

PREMIERE PARTIE : LES DANGERS DE L'ANESTHESIE MODERNE

1) M. J. CARRE : Les accidents imputables au circuit fermé.

2) Melle G. DELAHAYE : " " " à l'Intubation endotrachéale.

3) M. J. LAVOINE : " " " au cyclopropane.

4) M. A WIOT : " " " au curare.

5) M. Y. SIBAUD :(
(" " " aux anesthésiques intraveineux.
M. C. FAURE :(

Communications publiées dans "Anesthésie et Analgésie", Tome 7, nº 3, Juin 1950.

DEUXIEME PARTIE : MISE AU POINT D'UN PROGRAMME D'ACTION ET DE DEFENSE DE LA SPECIALITE SUR LE PLAN NATIONAL

M. BOUREAU - Nous en arrivons maintenant à la deuxième partie de l'Ordre du Jour, qui doit en même temps tenir lieu de conclusions aux différentes communications que nous avons entendues aujourd'hui ; conclusions sur le plan corporatif qui vont nous être proposées par Mademoiselle DELAHAYE et par Monsieur REDART.

Melle G. DELAHAYE - Votre Président vous a dit hier toutes les difficultés auxquelles nous nous étions heurtés pour faire naître la Spécialité. Il était bien évident que sitôt née, elle devait avoir les plus grandes difficultés à subsister et ceci n'a pas manqué car nous avons à nous défendre actuellement d'une part contre les auxiliaires médicaux, ou plutôt comme ils s'appellent maintenant contre les professions libérales paramédicales qui groupent les pédicures, les masseurs, les chiropathes, les kinésithérapeutes et autres porteurs de diplômes nouveaux ; nous avons à nous défendre d'autre part contre les réanimateurs spécialistes nouveaux nés, et les prétentions de ces divers corps tendent à démembrer, bien entendu, la Spécialité en tant que spécialité médicale.

Nous devons ensuite préciser peu à peu notre position vis-à-vis de la Sécurité Sociale à laquelle nous devons tout de même avoir un Etat-civil.

Et puis, nous avons à adopter une ligne de conduite vis-à-vis des collectivités hospitalières dont nous sommes de plus en plus appelés à faire partie.

Le premier danger et le plus gros probablement, est représenté par ces auxiliaires médicaux dont je parlais tout à l'heure. Avant guerre, les anesthésies étaient évidemment le plus souvent données par des non-médecins, quelquefois par un personnel entraîné, quelquefois par un personnel amateur. Mais en dépit de cette pratique, il ne serait tout de même venu à personne l'idée de mettre en doute la supériorité de l'anesthésie donnée par un médecin spécialement entraîné, et je n'en veux pour preuve que le souci qu'avaient les plus éminents chirurgiens de s'assurer le concours de médecins-anesthésistes spécialisés. Deux de ceux qui sont ici pourraient témoigner que c'était un des soucis du professeur A. GOSSET. J'en veux pour preuve aussi le fait que depuis longtemps les Compagnies d'assurances consentaient des réductions de prime aux chirurgiens qui s'assuraient le service d'un anesthésiste-médecin. Et enfin, troisième preuve : la jurisprudence constante qui s'est manifestée jusqu'à maintenant et qui considère que le chirurgien commet une faute grave lorsque le décès survenant sur la table d'opération, l'anesthésie a été donnée par quelqu'un qui n'est pas médecin.

Or, nous assistons maintenant à un phénomène assez surprenant : tandis que le nombre des médecins anesthésistes augmente, permettant à des malades toujours plus nombreux, de bénéficier des avantages d'une anesthésie moderne, une tendance manifeste se confirme, représentée par des chirurgiens, tendance qui favorise l'extension des auxiliaires médicaux délibérément préférés aux médecins dans un très grand nombre de cas.

Ce qui est grave, c'est que loin de se contenter de la tolérance officieuse qui existait jusqu'ici, on essaie de donner à ces auxiliaires d'anesthésie un statut officiel, c'est-à-dire de transformer cette tolérance qui pouvait être à tous moments remise en question et qui l'était d'ailleurs par la jurisprudence et par le bon sens, en un droit écrit susceptible de faire échec en cas de procès à la construction de la jurisprudence.

.../...

Ce qui est grave aussi, c'est que ces chirurgiens ne craignent pas de confier à des non-médecins des actes médicaux les plus dangereux, au mépris de la sécurité des malades et au mépris de la conception jusqu'ici maintenue de l'exercice illégal de la Médecine. On ne voit pas bien par exemple, pourquoi on défendrait à un rebouteux de plâtrer une fracture de Ponteau sans déplacement, si on permet à une infirmière de faire une anesthésie intraveineuse au pentothal. Bien entendu, on ne pouvait espérer que les anesthésistes d'autrefois, limité aux seules méthodes anciennes plus ou moins empiriques, par ailleurs utilisés par des chirurgiens cantonnés souvent dans une chirurgie mineure, réaliseraient contre leur intérêt évident, la différence de nature qui existe entre l'anesthésie ancienne et l'anesthésie moderne ; mais on était tout de même en droit de l'attendre de tout chirurgien soucieux de progrès technique et d'artisans de grande chirurgie. Or, c'est un fait qu'un nombre important de chirurgiens défendent la cause des auxiliaires médicaux. Ils invoquent des raisons qui sont très partiellement valables : 1º- la pénurie actuelle de médecins-anesthésistes, mais nous avons déjà répondu que beaucoup de médecins-anesthésistes diplômés cherchent des postes sans en trouver et nous avons expliqué que quelques-uns étaient conduits à se fonctionnariser. 2º- l'impossibilité de faire vivre un médecin avec l'anesthésie, surtout en province. Mais c'est une assertion assez discutable car la réanimation et l'anesthésie peuvent être très bien faites par le même praticien, et par ailleurs, l'infirmière non plus ne vivra pas uniquement de l'anesthésie. Ce que les chirurgiens ne disent pas, mais ce qui en fait, les détermine, c'est la commodité que représente l'utilisation d'un personnel subalterne, à tous moments à la disposition de son employeur et susceptible de lui rendre beaucoup d'autres services que d'endormir son malade, et puis l'économie évidente que représente cette organisation.

Seulement, le danger est d'autant plus grand qu'un autre élément purement économique intervient. Actuellement, seules les anesthésies données par un médecin-anesthésiste font l'objet d'un remboursement de la Sécurité Sociale mais les chirurgiens à chaque réunion de la Commission permanente de la Nomenclature, réunions qui ont lieu deux fois par an, demandent avec insistance à la Sécurité Sociale le remboursement de l'anesthésie donnée par un auxiliaire, soit sous la forme d'un K spécial, soit par le truchement d'un dixième supplémentaire ajouté au cas chirurgical. Ceci pour les auxiliaires.

Autre circonstance aggravante : les réanimateurs ont fait alliance avec les auxiliaires médicaux pour des raisons profondes qui ne sont d'ailleurs pas sans analogie. Ici, j'ouvre une parenthèse : les réanimateurs composent une catégorie médicale qui n'existe nulle part ailleurs qu'en France et dont la meilleure justification est, je crois, d'ordre historique. L'oeuvre nationale de la transfusion sanguine existait avant guerre. Ceux de ses membres agréés qui ont pris part aux opérations militaires nous ont rapporté les directives très précieuses que leur avaient enseignées les anesthésistes américains quant au traitement pré, per et post-opératoire du choc. Il est certain, que la chirurgie nouvelle nécessite absolument auprès de l'opéré la présence d'un médecin tout spécialement instruit des perturbations biologiques antérieures à l'intervention, contemporaine de celle-ci et postérieure au

.../...

traumatisme opératoire. C'est cette place de médecin de l'opéré que les anesthésistes occupent tout naturellement depuis que l'anesthésie existe, que leur disputent les réanimateurs. Il est vrai que la Sécurité Sociale s'est montrée anormalement généreuse pour les transfusions qui étaient honorées surtout avant guerre beaucoup plus largement que certaines petites interventions. Il est vrai aussi que les coutumes hospitalières actuelles réservent aux réanimateurs un traitement de choix, puisqu'ils sont rémunérés à l'acte, intégralement et immédiatement, tandis que les médecins, les chirurgiens, les anesthésistes viennent au partage d'une masse qui est péniblement constituée par les honoraires récupérés très tardivement sur la sécurité sociale, masse tellement amputée par la Sécurité Sociale et les frais de gestion qu'elle arrive au partage très réduite et avec des années de retard.

On comprend la position des réanimateurs ; mais il n'en reste pas moins que le préjudice causé au malade est important puisque l'anesthésiste, obligé de voir ses patients avant et après l'intervention, fait ici double emploi avec le réanimateur ; d'autre part, des conflits peuvent survenir pendant l'anesthésie, l'anesthésiste étant le seul à possèder, à ce moment, tous les éléments qui lui permettront d'interprêter les signes circulatoires et de diriger la réanimation. Je crois qu'il faut pour soutenir le contraire n'avoir jamais donné soi-même une anesthésie pour une intervention importante. Il paraissait plus judicieux d'adopter le partage d'attribution que nous avions essayé de faire valoir au Conseil de l'Ordre qui réserverait aux réanimateurs les examens de Laboratoire, l'organisation et la surveillance de la Banque de sang, les recherches médicales de plus en plus nombreuses et à l'occasion les soins pré, per ou post-opératoires, et qui réserverait aux anesthésistes l'examen et le traitement pré-opératoire, l'anesthésie et la réanimation per opératoire et la surveillance du malade dans les suites immédiates.

Ainsi menacés par les auxiliaires médicaux et les réanimateurs, il faut bien dire que nous ne trouvons pas auprès des pouvoirs publics l'appui que nous serions en droit d'attendre. Ceci parce que les auxiliaires médicaux relèvent du même Ministère que les médecins anesthésistes et on ne nous a pas caché que cette profession groupait des dizaines de milliers d'adhérents tandis que notre Spécialité n'en groupe encore que quelques dizaines. C'était à prévoir : la sélection est forcément minoritaire, mais actuellement les minorités sont très peu défendues.

Le problème a aussi pour la Santé Publique un autre aspect qu'il a récemment précisé : en dehors des praticiens étrangers auxquels il accorde l'autorisation d'exercer en France, de nombreux médecins de nationalités diverses, non autorisés à exercer la médecine "pourront, dit la note ministérielle, trouver dans l'anesthésie un débouché" qui leur serait fermé si l'anesthésie devenait un acte purement médical.

Contre tous ces obstacles, avons-nous quelques moyens de lutter ? Toute la lutte doit, semble-t-il, se circonscrire autour de ce fameux statut de l'anesthésie qui est en élaboration. Il faut espérer que l'élaboration sera lente, plus nous aurons de délai, mieux nous pourrons agir.

.../...

Nous pouvons d'abord alerter l'opinion médicale, et c'est la raison pour laquelle lors de ce Congrès nous avons choisi comme thème de discussion les accidents d'anesthésie. Nous pensons tous qu'en faisant volontairement silence sur ces accidents, nous présentons l'anesthésie comme un acte médical facile, cela conduit tout naturellement les chirurgiens à considérer qu'on peut mettre les appareils dans les mains de n'importe qui, ce qu'ils font, ce qu'ils n'ont que trop tendance à faire. Bien entendu, il faudrait d'une façon générale que nous refusions d'instruire des paramédicaux, explicitement ou implicitement. De son côté, le Syndicat poursuivra, s'il a votre approbation, l'action qu'il a déjà entreprise d'une part au Conseil de l'Ordre et d'autre part à la Santé Publique. Au Conseil de l'Ordre, il faut bien dire que les réunions qui ont eu lieu étaient de pure forme. La majorité était faite d'avance, on n'a tenu aucun compte de nos rapports. Les tenants de la thèse adverse y ont opposé des arguments de réunion publique, et je crois qu'il conviendrait de publier ces rapports de façon que tout de même, on ne nous rende pas responsables de conclusions qui nous ont été absolument imposées.

A la Santé Publique, nous suivrons de très près l'élaboration des statuts. Quant à provoquer ou à permettre les enquêtes ministérielles à propos des accidents passés et futurs, c'est un moyen dangereux, susceptible de nuire au corps médical tout entier et qui ne saurait être qu'une solution désespérée.

Vis-à-vis de la Sécurité Sociale, des pourparlers sont en cours, notamment en ce qui concerne le remboursement des frais des anesthésistes. Aucune solution n'est encore intervenue.

Il conviendrait peut-être aussi de lier plus ou moins la question de la réanimation à l'anesthésie quand la réanimation est per-opératoire.

(M. BOUREAU - Cette question vient d'être réglée tout récemment par la Commission Permanente de la Nomenclature).

Melle DELAHAYE - Très bien. Nous avions d'ailleurs déjà projeté de la régler sur le plan hospitalier en demandant que les sommes provenant de la réanimation per opératoire soient comme toutes les autres versées à la masse. C'est tout à fait légitime car il est anormal qu'une catégorie hospitalière soit plus favorisée qu'une autre.

Par ailleurs, nous avons là le moyen de mettre un terme aux observations de quelques chirurgiens qui pensent que la récupération, au profit de l'anesthésiste, du dixième qui lui a, de tous temps, était destiné est une sorte de spoliation, puisque par le reversement à la masse des honoraires d'anesthésie et de réanimation, nous leur apporterions beaucoup plus que nous n'avons semblé leur prendre.

Un mot encore vis-à-vis des collectivités hospitalières. Il faut reconnaître que les situations sont extrêmement différentes à Paris et en Province, et même d'une collectivité parisienne à l'autre. Les contrats qui lient les anesthésistes à ces collectivités sont tantôt des contrats à mi-temps, tantôt des contrats à plein temps, tantôt des contrats vacation. C'est cette dernière modalité que nous

.../...

voudrions voir la plus fréquente.

A titre indicatif, je vous donnerai les chiffres des conventions qui ont été conclues à la S.N.C.F. entre l'Hôpital Foch d'une part et ses anesthésistes. Il y a un anesthésiste chef dont chaque vacation est rémunérée à raison de 4.000 Frs, la vacation étant d'une demi-journée ; et il y a deux anesthésistes à plein temps dont les traitements sont de 70.000 Frs par mois. Il conviendrait, si vous avez des discussions à entreprendre avec des collectivités hospitalières, de faire état de ces chiffres.

Je ne vous ai pas parlé mais il faut en dire un mot car la question nous a été posée souvent vis-à-vis de la Sécurité Sociale, de la conduite à tenir lors de la signature des feuilles. La plupart des chirurgiens, avant la Sécurité Sociale indiquaient leur anesthésiste, le montant des honoraires qu'ils jugeaient devoir leur rendre. Ils ont continué depuis l'introduction à la Nomenclature du K anesthésique. Or, ceci est tout à fait irrégulier. Du moment que nous signons une feuille de Sécurité sociale, nous sommes libres d'indiquer nos honoraires comme ils le font eux-mêmes. Il conviendrait par conséquent, avec une certaine fermeté, de les amener à cette vue. Je ne veux pas tirer de conclusions de cette communication puisque vous allez entendre notre ami BEDARD.

M. BOUREAU - Si vous le voulez bien, nous discuterons de tout ceci après la communication de M. BEDARD qui va traiter le même sujet avec une opinion peut-être différente.

.../...

M. BEDARD - Quand on cherche une solution au problème posé sur le plan professionnel, par le développement de l'anesthésie moderne en France, on s'aperçoit très vite que ce problème est loin d'être résolu et qu'aucune solution satisfaisante n'a encore été proposée.

Cela tient à ce que nous sommes à l'heure actuelle dans une période de transition et que l'organisation de l'anesthésie est une question vraiment complexe. En effet, on peut dire, grosso modo, que l'anesthésie n'a été vulgarisée en France que depuis la fin de la dernière guerre. Il existait bien avant quelques anesthésistes spécialistes véritables pionniers de l'anesthésie moderne en France, mais ils étaient si peu nombreux, que le problème de l'organisation de cette spécialité ne pouvait même pas être posé. Depuis 1945, le nombre des anesthésiologistes s'est considérablement accru et il devient maintenant urgent et indispensable de jeter les premières bases de l'organisation de cette nouvelle spécialité.

Nous devons donc résoudre ce problème avec la collaboration compréhensive des chirurgiens qui sont unanimes à reconnaître que les remarquables progrès accomplis par la chirurgie au cours de ces dernières années sont à mettre au compte de l'anesthésie et de la réanimation.

Il y aurait évidemment une solution : c'est celle qui consisterait à avoir un nombre d'anesthésiologistes, tel qu'il n'y ait pas en France une anesthésie qui ne soit donnée par un spécialiste. La chose se passe ainsi en Angleterre, mais hélas nous n'en sommes pas encore là. Il faut donc trouver un modus vivendi qui permette à la fois de satisfaire le plus possible les besoins chirurgicaux et de sauvegarder l'avenir de notre spécialité.

L'anesthésiologiste ne doit pas être un oiseau rare, un spécialiste de luxe, et il est permis de penser que dans un avenir plus ou moins proche, seuls des médecins spécialistes seront habilités à donner des anesthésies. La narcose est en effet un acte médical trop important pour qu'il soit abandonné à des mains inexpertes.

L'ère du valet de chambre, chauffeur, anesthésiste est révolue.

Nos confrères chirurgiens ont eu pour ancêtres les barbiers et je ne vois pas que de nos jours, un coiffeur ait la possibilité de faire une intervention chirurgicale.

La séparation de ces deux professions, parfaitement honorables l'une et l'autre, s'est effectuée petit à petit au cours de ces derniers siècles. Mais nous vivons actuellement une période de progrès et de vitesse et il ne nous est pas possible d'attendre Cent ou Deux cents ans avant d'organiser notre profession.

Etant actuellement en nombre insuffisant pour pouvoir répondre aux besoins des chirurgiens, un certain nombre d'infirmières et d'auxiliaires médicaux ont pensé qu'ils pourraient nous suppléer plus ou moins avantageusement. De là, la

.../...

nécessité d'une réglementation, pour éviter que ces auxiliaires ne prennent une place à laquelle leur culture et leur valeur technique ne sauraient leur donner droit. L'anesthésiologie est un art difficile et pour ma part, je ne crois pas qu'après un an de spécialisation, un anesthésiste fut-il médecin, puisse se prétendre un bon spécialiste, à plus forte raison s'il s'agit d'une infirmière.

De plus, il s'agit d'actes qui peuvent avoir des conséquences tellement graves, que je ne vois pas pourquoi on les laisse accomplir par des non-médecins. On interdit théoriquement à une infirmière de faire une piqure intraveineuse et on lui laisse faire une anesthésie en circuit fermé. Il y a là un illogisme flagrant.

J'ai vu travailler pas mal d'infirmières ayant trois ou quatre ans de pratique et je dois dire sans vouloir les fâcher, qu'elles faisaient rarement du bon travail. Je sais qu'il existe des exceptions, mais elles ne sont là que pour confirmer la règle.

Je ne pense cependant pas qu'il faille les évincer à tout jamais, il y a une place pour ces auxiliaires, nous verrons plus loin laquelle.

Une première chose à faire est d'augmenter au maximum et bien entendu dans les limites permises, les possibilités d'exercice et le nombre des anesthésiologistes. La plupart des grands centres commence déjà à être suffisamment pourvue en anesthésistes mais il y a encore beaucoup de places à prendre en France, en Afrique du Nord, et aux colonies. De plus, un anesthésiste pourrait facilement travailler avec les chirurgiens de deux ou trois petites villes voisines, permettant ainsi à ses confrères de bénéficier de la collaboration d'un spécialiste qualifié. Il est bien entendu que tous ces anesthésiologistes devraient s'être spécialisés pendant au moins deux ans, de façon à offrir aux chirurgiens toutes les garanties voulues.

En effet, lorsqu'une spécialité nait dans un pays, elle a tendance à être peu ou prou envahie par des gens qui, la pratiquant sans une expérience suffisante, risquent de la déconsidérer.

En Angleterre, le diplôme d'anesthésie est de plus en plus difficile et je crois que c'est une bonne chose, surtout si l'on en juge par le niveau très élevé de nos confrères anglais. Je ne veux pas dire par là, qu'il faille rendre l'obtention du diplôme d'anesthésiste aussi difficile qu'un examen d'entrée à Polytechnique, mais ce n'est pas une raison non plus pour qu'on l'acquière aussi facilement que la capacité en droit par exemple.

Or donc, le jour où nous serons suffisamment nombreux et capables pour faire face aux besoins chirurgicaux de la France, une partie du problème sera déjà résolue. Je dis bien une partie du problème, car je ne crois pas qu'avant longtemps, nous puissions faire toutes les anesthésies, ainsi que cela se passe en Angleterre.

Car à côté de la clientèle privée, il y a la pratique hospitalière, et

.../...

c'est là où pour faire face à ces deux clientèles, nous pouvons faire une large place aux auxiliaires qualifiées.

Tout d'abord, il y a l'infirmière assistante d'un anesthésiologiste ; je crois que tout anesthésiste suffisamment occupé pourrait en avoir une, qui lui rendrait les plus grands services.

Pour ma part, j'ai depuis trois ans une assistante et elle m'est très utile : elle fait mes fiches, surveille mes réanimations, me prépare le matériel et dans certains cas me permet de mener de front, deux anesthésies dans deux salles voisines.

Il y a d'autre part, la question des hôpitaux. Le problème est différent pour le chirurgien et l'anesthésiste qui travaille avec plusieurs chirurgiens, ce qui est d'ailleurs la règle générale. En effet, un chirurgien peut se rendre régulièrement à son service hospitalier et opérer ensuite ses malades en clinique, c'est lui qui choisit l'heure et le lieu. L'anesthésiste, lui, s'il est occupé toute la matinée à l'hôpital avec un chirurgien, court le risque et cela se produit souvent, de perdre pendant ce temps-là, une ou plusieurs anesthésies en ville. Tant que le temps plein, honorablement rémunéré à l'hôpital ne sera pas résolu, on n'aura pas trouvé de solution satisfaisante à cette question. Il faut donc, si l'on tient compte des honoraires extrêmement modestes qui sont servis à l'anesthésiste pour son service hospitalier, que ce spécialiste puisse disposer pour vivre et faire vivre les siens, d'un certain nombre d'heures pendant lesquelles il pourra satisfaire les besoins de la clientèle privée. Et c'est là, où nous pourrons utiliser avec bonheur les infirmières qualifiées. Je ne veux pas dire que l'anesthésiste mettra les pieds à l'hôpital le moins souvent possible, confiant tout son travail aux infirmières, mais s'il a des collaboratrices capables, travaillant sous sa direction et sa responsabilité, il aura tout de même plus de liberté pour gagner sa vie.

Je sais bien qu'aucun d'entre nous ne s'enrichira en exerçant cette spécialité qui est la nôtre, mais il faut vivre et à l'heure actuelle, c'est une chose particulièrement difficile, surtout si l'on passe la plupart de ses matinées à l'hôpital. Pour tirer des conclusions pratiques de tout ce qui précède, je suis d'avis qu'il faudrait :

1º- augmenter le nombre des anesthésiologistes et s'assurer de leur valeur professionnelle.

2º- veiller à ce que leur répartition sur le territoire soit aussi judicieuse que possible, afin qu'ils puissent tous gagner leur vie, tout en répondant partout aux besoins chirurgicaux.

3º- limiter l'activité des infirmières qualifiées aux postes d'assistantes d'un anesthésiologiste, soit privé, soit hospitalier.

.../...

4º- interdire tout acte médical à certaines personnes qui n'ont même pas de diplôme et qui donnent encore dans beaucoup d'endroits des anesthésies et font des transfusions.

5º- jumeler étroitement l'anesthésie et la réanimation ainsi que je le préconisais déjà en 1945. En effet, contrairement à l'avis de certains, je peux vous affirmer, par expérience personnelle qu'un anesthésiste-réanimateur, s'il s'est assuré la collaboration d'une assistante qualifiée, peut mener en toute sécurité n'importe quelle anesthésie associée à n'importe quelle réanimation.

En envisageant le problème sous cet angle, on voit qu'il y a de la place pour tous, il importe seulement de veiller que chacun soit à sa place.

Il me reste à vous parler maintenant de notre position vis-à-vis de la Sécurité Sociale : c'est une question que je connais moins bien que nos confrères parisiens, beaucoup mieux placés que moi, parce qu'en rapports constants avec les caisses et les ministères. Je ne vous ferai part que d'une opinion personnelle relative au coefficient de l'anesthésie.

Si l'on doit reconnaître que la règle des 3/10 au-dessus de K 100 assure un remboursement normal, il n'en va pas de même pour les interventions cotées K 100 et au-dessous. En effet, si l'on compare le temps qu'il faut et la difficulté qu'il y a à endormir, d'une part un malade maigre pour une prostate en un temps, K 120, et d'autre part une femme obèse pour une hystérectomie difficile, K 80, on s'aperçoit que la différence n'est pas minime.

Je sais bien que cette différence est aussi sensible pour le chirurgien mais je ne pense pas que si l'on remboursait K 24 au lieu de K 16 pour une hystérectomie, nos confrères en prendraient ombrage.

On pourrait en épluchant la nomenclature, multiplier sans peine les exemples de ce genre. Il y a enfin la question du remboursement des fournitures et du transport des appareils, qui, à ma connaissance, n'a pas encore été réglée ? Je pense qu'il faudrait insister encore auprès des organismes responsables, pour qu'une certaine somme soit affectée à ces frais, qui deviennent de plus en plus élevés.

Je vous remercie de l'attention que vous avez bien voulu m'accorder et je souhaite que l'on continue à discuter en famille de toutes ces questions si importantes pour l'avenir de notre profession.

M. BOUREAU - La discussion est ouverte sur les deux communications de Mademoiselle DELAHAYE et de Monsieur BEDARD.

.../...

DISCUSSION DES COMMUNICATIONS

M. RIEUNAU (Toulouse) - Je m'excuse de prendre la parole dans une Assemblée d'Anesthésistes, puisque je suis Agrégé de Chirurgie de la Faculté de Médecine de Toulouse. Mais nous avons accompli, ma femme et moi, un voyage d'études d'une année aux Etats-Unis et au Canada en 1947. C'est au cours de ce voyage que ma femme s'est spécialisée en anesthésie.

A l'exemple de Paris, Toulouse est la seule ville de France, à ma connaissance, qui délivre le Diplôme d'Anesthésiste-réanimateur. Depuis un an, nous avons organisé cet Enseignement, sous la direction de Monsieur le Professeur DUCUING, et sur un programme analogue à celui qui est suivi par Monsieur le Professeur MOULONGUET. Nous avons ainsi, au cours de l'année scolaire 1948-1949 préparé huit médecins au Diplôme.

Il n'est pas dans mes intentions de vous dire les modalités de cet Enseignement, mais je veux vous dire que nous sommes absolument opposés à l'introduction des auxiliaires médicaux dans la profession d'anesthésiste-réanimateur, et que nous refusons systèmatiquement de donner aucun enseignement aux Infirmières malgré la pression dont nous sommes l'objet de la part des chirurgiens qui n'ont pas d'anesthésiste. Nous ne donnons cet enseignement qu'aux Médecins.

Nous espérons que cette année, nous aurons un contingent égal ou plus nombreux de médecins désireux de se spécialiser en anesthésie-réanimation. Ces derniers ne font pas de médecine générale, ils ne font que de l'anesthésie. Nos élèves de l'an passé vivent très largement grâce à leur nouvelle spécialisation. On a dit que les chirurgiens ne feraient pas vivre leurs anesthésistes. C'est inexact. La Sécurité Sociale couvre largement l'anesthésie : si on ajoute à la valeur du K anesthésique, qui est de 20 % du K chirurgical au-dessous de K 100, et 30 % au-dessus de K 100, la valeur du K de réanimation qui est de K 10 pour une transfusion sanguine, on arrive à un K 46 pour une gastrectomie, par exemple. La sommation de plusieurs anesthésies, plus ou moins importantes dans une journée permet à un anesthésiste réanimateur d'être largement rémunéré.

En conclusion, je veux vous dire que nous espérons, dans un avenir prochain, pouvoir doter la région toulousaine d'anesthésistes qualifiés. Ils donneront les anesthésies à Toulouse et dans les villes voisines privées, jusqu'à maintenant, d'anesthésistes, et nous espérons liquider ainsi la question des auxiliaires médicaux, qui, à notre avis, ne se pose pas. L'anesthésie-réanimation est un acte médical et à ce titre toute personne qui se substitue à un médecin dans ce rôle fait de l'exercice illégal de la médecine. C'est le point de vue que nous défendons, en accord avec notre Maître, Monsieur le Professeur DUCUING.

.../...

Nous avons eu des discussions très longues et très animées avec des chirurgiens qui sont très attachés à vouloir donner un enseignement de l'anesthésie-réanimation aux Infirmières et nous avons toujours soutenu notre point de vue d'une spécialisation médicale de l'anesthésie-réanimation.

M. KERN - Si on résume les différentes communications sur les accidents imputables à l'anesthésie, on arrive à la conclusion qu'il n'y a pas d'accident qui soit imputable à telle technique ou à tel médicament mais que finalement tout se ramène à deux grandes causes : la première étant l'absence de matériel adéquat, et au premier chef il faut placer le manque d'oxygène et la possibilité de pratiquer l'insufflation pulmonaire. La deuxième cause, c'est l'incompétence de celui qui se sert de la technique ou du médicament.

Sur le premier point, je crois qu'il sera peut-être bon que nous émettions un voeu demandant que dorénavant toute clinique possédant une salle d'opération soit obligée de disposer d'un tel dispositif d'oxygénothérapie. Nous pourrions essayer d'associer à ce voeu l'Académie de chirurgie. Je crois que ce ne serait pas trop difficile et peut-être obtiendrions-nous satisfaction dans ce sens.

Le deuxième point est celui de la compétence ou de l'incompétence qui a fait l'objet des deux dernières communications. Il est évident que la solution idéale consisterait dans l'existence d'un corps nombreux de spécialistes qualifiés et compétents. Mais nous devons nous placer sur le plan de la réalité. Aujourd'hui sont pratiquées en France des centaines d'opérations par jour. Y a-t-il ou n'y a-t-il pas suffisamment de spécialistes médecins compétents ? Pour ma part, je ne le pense pas. Alors, on ne peut laisser aller les choses comme elles sont.

Nous sommes ici un Syndicat, donc une organisation défendant des intérêts professionnels. Il est tout à fait légitime que ces intérêts soient défendus. Mais si on veut obtenir satisfaction il faut que la défense de ces intérêts cadre avec l'intérêt général. Pour ma part, je crois qu'il vaut mieux avoir pour l'anesthésie, des infirmières compétentes plutôt que des non compétents qu'ils soient médecins ou non. Je crois que c'est une erreur d'adopter une position négative. Cette attitude ne correspond pas aux nécessités de l'heure. Nous ne sommes pas assez forts, ni numériquement, ni autrement pour la faire admettre. Cela nous met toujours dans la position de celui qui récrimine, qui ne veut pas collaborer.

Je crois que la politique syndicale doit tendre vers un compromis temporaire avec les chirurgiens, vers la création d'infirmières spécialisées. Je crois que nous refuser de donner un enseignement à des infirmières est une fois de plus une attitude négative de protestation stérile et inopérante parce que cet enseignement sera fait de toutes façons. Vous savez qu'il existe un enseignement officiel à Saint-Germain en Laye et que cet enseignement existe ou non, si on impose des médecins anesthésistes aux chirurgiens qui n'en veulent pas, on brisera l'esprit d'équipe et les conséquences n'en seraient pas heureuses.

.../...

Travailler avec un chirurgien qui vous accepte parce qu'il y est obligé par une loi, ce n'est pas très agréable. Hier, on a protesté contre la dépendance dans laquelle nous nous trouvons vis-à-vis des chirurgiens. Alors imaginez la situation si demain, certains chirurgiens qui ne veulent pas nous prendre y étaient obligés.

Je crois que notre politique syndicale doit être une politique de compromis. En attendant d'être le nombre et la qualité, nous devons faire le maximum d'efforts pour avoir dans un minimum de temps des anesthésistes nombreux et qualifiés.

Je ne veux pas parler de la question hospitalière qui est une question à part. En général, je suis d'accord avec les conclusions de BEDARD. Vous savez que je ne parle pas pour moi. J'ai dans mon service des médecins mais je crois qu'à l'heure actuelle les finances de l'Assistance Publique ne sont pas brillantes et nous sommes encore très loin du jour où ces organismes pourront payer des médecins-anesthésistes à plein temps. L'argument économique joue toujours. Il vaut mieux avoir des infirmières qualifiées que de n'avoir personne.

Melle DELAHAYE - Je voudrais seulement faire remarquer à KERN qu'on a proposé de remédier à la pénurie de spécialistes qualifiés en formant des infirmières : c'est ou bien qu'on a supposé qu'on formerait plus vite des infirmières que des médecins, ou bien qu'on se résoudra à une moindre qualité.

En second lieu, je ne vois pas bien que cette conclusion soit la meilleure. Nous savons bien qu'en France, on ne revient jamais sur ce qui est fait. Le diplôme une fois institué deviendra tabou, et les auxiliaires prolifèreront de plus belle.

En troisième lieu, je prétends qu'il y a dès maintenant déjà assez de médecins qualifiés pour satisfaire à la plupart des demandes. J'en connais personnellement plusieurs qui voudraient des postes et qui n'en ont pas.

Enfin, il n'est pas question d'imposer à des chirurgiens qui actuellement utilisent des infirmières, un médecin. Ce dont je voudrais qu'il ne soit pas question non plus, c'est de transformer une tolérance en droit. Tant qu'il n'y aura pas assez de médecins, je suis d'accord pour que les infirmières actuellement en place continuent de faire leur métier si elles le font bien, et elles le font probablement bien, sans quoi, les chirurgiens ne les auraient pas conservées. Mais vouloir leur donner des droits, c'est entraver à jamais le développement des Médecins anesthésistes.

Mme RIEUNAU (Toulouse) - J'ai discuté souvent avec nos jeunes étudiants ou médecins hésitant à se spécialiser en anesthésie. Ils m'ont dit : si les Infirmières sont admises à donner des anesthésies, il est sans intérêt pour nous de choisir l'anesthésie comme spécialité. Ce point de vue légitime nos inquiétudes sur l'avenir de l'anesthésie si on n'en fait pas une spécialisation strictement médicale.

.../...

M. WIOT - Je voudrais demander à Monsieur KERN comment il pense, par la suite, éliminer les infirmières-anesthésistes des places qu'elles occuperont ?

M. KERN - Elles conserveront le droit de donner des anesthésies et à partir d'un certain jour, on n'en formera plus. D'ailleurs, dans les hôpitaux, on en aura toujours besoin.

M. RIEUNAU - M. KERN sait bien qu'aux Etats-Unis cette erreur a été commise au début de l'organisation de l'anesthésie parce que les mêmes problèmes se sont posés que pour nous. Quand l'anesthésie en circuit fermé a fait son apparition, vers 1924, les Américains ont été obligés d'avoir recours aux Infirmières. Mais, actuellement, les Anesthésistes sont groupés en organisations assez puissantes pour que, progressivement, les infirmières soient éloignées de la spécialité. Quand on invoque l'exemple de Blalock à Baltimore ou de Graham à Saint-Louis, on peut répondre qu'il s'agit là d'exceptions qui subiront le sort commun. D'ailleurs les Anglais aussi bien que les Canadiens, ont profité de l'expérience américaine et leur conception de l'anesthésie exclue les auxiliaires médicaux. En Angleterre et au Canada, il n'y a pas d'Infirmière qui soit autorisée à donner les anesthésies. Seuls, les médecins sont habilités à se spécialiser en anesthésie-réanimation.

M. CARRE - La même discussion s'est produite aux U.S.A., en Angleterre et au Canada. Dans ce dernier pays, à la suite d'un procès retentissant, une loi a réservé aux seuls médecins le soin de toute anesthésie. Je crois qu'en France, une solution pourra être trouvée grâce à une évolution progressive, comme cela s'est passé aux Etats-Unis et en Angleterre.

Au cours de nos échanges de vues, nous parlons sans cesse d'infirmières. Il conviendrait peut-être de définir ce terme. Je crois qu'il désigne toute titulaire du diplôme d'Etat. Si nous voulons en faire des anesthésistes, il conviendra d'étendre leurs connaissances en physiologie, en pharmacodynamie et en clinique. Elles pourront alors commencer utilement des stages pratiques et peut-être pourrons-nous en faire des spécialistes.

M. GIBERT - Ce sera plus long.

M. CARRE - Ce sera plus long que de faire des anesthésistes avec des médecins prêts à assimiler un enseignement spécial mais la question est avant tout, de protéger les patients contre les méfaits des incompétents.

Nous connaissons tous, dans toutes les régions de France, de soit-disantes infirmières, qui ont parfois le certificat d'études primaire, ou un simple diplôme de Croix-Rouge, ou même moins encore. Après avoir travaillé dans une salle d'opérations, elles ont fait un stage de quinze jours organisé par un fabricant d'appareils. Elles sont dès lors promues anesthésistes parce qu'elles sont capables de faire fonctionner la "machine à faire dormir".

.../...

Je crois qu'en de telles mains, la sécurité des patients n'est pas assurée.

M. RIEUNAU - Il n'y a aucune comparaison à établir entre les Infirmières de France et des Etats-Unis. Ces dernières font quatre ans d'études très sévères. Les vocations médicales, chez la femme, ne peuvent s'exercer que dans le champ d'action des Infirmières. La qualité de leur instruction et de leur éducation médicales est très supérieure à celle que nous avons l'habitude de rencontrer en France. Très peu nombreuses sont encore les femmes qui sont acceptées, dans les Universités Américaines pour faire des Etudes médicales.

M. FAURE - Il y a une question dont personne n'a parlé, ce dont je m'étonne. Je voudrais savoir ce qu'est le diplôme de sage-femme anesthésiste qui vient d'être délivré, il y a un mois, par le Service de M. PORTES sous la direction de M. MAYER ?

Melle DELAHAYE - Vous savez qu'il y a eu l'année dernière, une réaction de la Faculté de Médecine contre l'Ecole de Saint-Germain. La Faculté de Médecine a voulu organiser ce diplôme de sage-femme anesthésiste, et là dessus, c'est PORTES, qui personnellement, a pris l'initiative de ce cours au terme duquel il espère que ces sages-femmes seront plus aptes à donner les quelques anesthésies qu'elles ont à donner dans son service. C'est une initiative de PORTES lui-même.

M. BOUREAU - Je pense pour ma part que la question des sages-femmes anesthésistes constitue un cas particulier. L'analgésie obstétricale qu'on leur demande de dispenser est un acte très différent et infiniment moins dangereux qu'une anesthésie chirurgicale. Je crois que dans ce domaine, nous pourrions admettre la compétence des sages-femmes, à condition bien entendu qu'elles en soient instruites et que leur activité soit exclusivement limitée à l'analgésie.

M. BIMART - En ce qui me concerne, je fais beaucoup d'analgésies obstétricales et je donne de nombreuses anesthésies pour des césariennes. Eh bien, je considère qu'avec les procédés dont on dispose actuellement, il est impossible de confier l'analgésie obstétricale à une sage-femme, si compétente soit-elle. Ainsi le curare est utilisé aujourd'hui comme un moyen d'analgésie obstétricale ; ce médicament ne peut être confié à une sage-femme.

M. KERN - Il faut peut-être que je précise. Il est évident que la solution idéale je l'ai dit, c'est le médecin-anesthésiste. Nous voulons gagner du temps jusqu'au jour où il y aura assez de médecins anesthésistes. Mais l'Ecole de Saint-Germain, la Faculté de Médecine de Paris, avec leurs diplômes d'Infirmières anesthésistes, de sages-femmes obstétricales anesthésistes, tout cela ce sont des diplômées, mais des diplômées qui ne présentent aucune des garanties que nous demandons. Nous devons bien les admettre en attendant. En tout cas, en ce qui concerne le diplôme de la Faculté, il ne sera valable qu'après un stage d'un ou deux ans, cela nous donne du temps.

.../...

M. BOUREAU - Messieurs, il est temps de dégager la conclusion de ces débats. Il faudrait, voyez-vous que toutes les décisions prises en haut lieu le soient avec l'accord parfait des Anesthésiologistes, mais d'une façon équitable et loyale et non pas comme les choses se sont passées cette année à la Commission de l'Anesthésiologie où un nombre insuffisant d'anesthésistes représentait notre Spécialité à côté de chirurgiens beaucoup plus nombreux que nous et dont certains, sans être hostiles aux médecins-anesthésistes sont notoirement favorables aux auxiliaires. C'est dans le sens d'une équité plus grande de ces Commissions, d'une représentation plus large de notre Spécialité, que nous devons faire effort auprès du Conseil Supérieur de l'Ordre et notamment de son Président et de son Secrétaire Général qui se sont toujours montrés d'une impartialité à laquelle nous devons rendre hommage. Si la première Commission de l'Anesthésiologie a été constituée d'une façon un peu arbitraire, c'est parce qu'on s'est adressé à ceux qui semblaient s'être le plus intéressés à la question. Le malheur a voulu que plusieurs de ces chirurgiens - puisqu'il s'agissait de chirurgiens - s'y soient intéressés dans un sens qui est contraire à nos intérêts et contraire, j'en suis personnellement convaincu, au développement de l'Anesthésiologie en FRANCE. C'est à nous de démontrer au Conseil de l'Ordre que son choix nous a souvent desservis et lui demander qu'à l'avenir un plus grand souci d'équité préside à la constitution des Commissions destinées à statuer sur notre sort ; que les anesthésiologistes y soient plus largement représentés, c'est-à-dire constituent au moins la moitié des Membres de ces Commissions, et que les non-anesthésiologistes représentent non seulement les chirurgiens, mais toutes les disciplines de Spécialités intéressées par l'Anesthésie, aussi bien les Accoucheurs que les Oto-Rhino-Laryngologistes, les Ophtalmologistes, les Stomatologistes et même les Médecins.

Sur ce qui a été dit au cours de ces deux séances de travail, nous allons tous réfléchir et nous efforcer de tirer les conclusions pratiques qui vont guider notre action syndicale au cours de l'année à venir.

Le compte-rendu de ce Congrès sera publié et chacun de vous pourra tout à loisir revoir dans le détail les questions qui lui tiennent à coeur. Pensez-y tous et transmettez-nous vos suggestions ; elles seront mises à l'Ordre du Jour de nos prochaines réunions syndicales. Nous nous efforcerons de les faire aboutir et j'espère qu'à notre Congrès de l'an prochain, nous serons à même de constater que beaucoup de ces questions ont trouvé une solution favorable.

Avant de nous séparer, je voudrais vous rappeler que demain à 17 heures, a lieu à la Faculté de Médecine, la séance trimestrielle de la SOCIETE d'ANESTHESIE et d'ANALGESIE. J'ai demandé à son Président et à son Secrétaire Général de bien vouloir consacrer cette séance à des communications faites par des membres de notre Congrès. La chose m'a été très aimablement accordée et vous avez pu constater que sur les huit communications inscrites à l'Ordre du Jour, sept doivent être faites par des Médecins-Anesthésistes, membres de notre Syndicat. Je crois, par conséquent, que nous pouvons considérer la réunion de demain comme un prolongement de notre Congrès ; je suis certain que vous y serez tous présents.

.../...

Nous clôturerons ce Congrès par un banquet qui aura lieu demain soir au restaurant de la Tour Eiffel. Je sais que quelques provinciaux seront obligés de reprendre le train demain soir et ne pourront assister à cette dernière manifestation de notre amitié ; nous regretterons bien vivement ces absences.

En terminant, je crois traduire l'opinion de tous en disant combien ces deux séances de travail ont été intéressantes. Les communications très documentées que nous avons entendues et les idées échangées nous ont permis de voir plus clair sur bien des points. Je remercie tous ceux qui ont pris part à ces débats et je vous dis à tous : A l'an prochain.

(La séance est levée à 18 h 15).

ALLOCUTION PRONONCEE PAR M. BOUREAU A LA MAISON DE L'AMERIQUE LATINE

LE MARDI 4 OCTOBRE

Mesdames, Messieurs,

Avant que commence la projection, je voudrais vous rappeler que cette soirée nous est offerte par les Laboratoires ROBERT & CARRIERE, BRUNEAUet LABAZ, dont les directeurs ont bien voulu être des nôtres ce soir.

C'est grâce à M. TABART, Directeur des Laboratoires ROBERT & CARRIERE et membre de la Maison de l'Amérique Latine que nous avons pu organiser cette soirée dans ce cadre très parisien. ROBERT & CARRIERE a également mis à notre disposition l'appareil de projection qui nous était indispensable et jusqu'à l'Opérateur, M. Paul SIGNARGOUT, chef du service des achats qui a bien voulu jouer ce soir, le rôle de cameraman.

Parmi les films qui vont être projetés, l'un d'eux a trait au Curare. Nous le devons à l'obligeance du Dr. Jacques BRUNEAU qui l'a fait venir tout exprès d'Angleterre à notre intention.

Quant aux autres films, ils nous ont été aimablement prêtés par le British Council dont un représentant est parmi nous ce soir. Je le prie de bien vouloir transmettre à la Direction du British Council nos remerciements les plus chaleureux.

A vous, Messieurs, qui dirigez trois grands Laboratoires, LABAZ, BRUNEAU et ROBERT & CARRIERE, je voudrais dire tous nos remerciements pour votre geste généreux qui ne représente pas seulement pour nous une aide matérielle mais un appui moral d'un inestimable prix. Il constitue la preuve éclatante de l'intérêt que vous portez à notre groupement et à la Spécialité que nous représentons. Votre présence parmi nous n'est-elle pas d'ailleurs le meilleur témoignage de la collaboration qui doit exister entre les producteurs et les utilisateurs des produits anesthésiques. Vous avez déjà beaucoup fait pour notre Spécialité ; nous vous demandons de ne pas relâcher votre effort et de faire toujours davantage pour l'Anesthésiologie que nous voulons voir devenir une très grande spécialité de la médecine française.

.../...

ALLOCUTIONS PRONONCEES A L'ISSUE DU BANQUET DE CLOTURE

LE JEUDI 6 OCTOBRE

- M. BOUREAU -

Mes Chers Amis,

Il y a trois ans, lorsque vous m'avez fait l'honneur de m'appeler à la Présidence de notre Syndicat, un collègue pour le moins pessimiste, rencontré un jour dans une clinique parisienne, me dit : "Mon cher, ne vous faites pas trop d'illusions, notre groupement est en train de s'effriter ; bientôt vous n'aurez plus personne à vos réunions!" Notre Syndicat comptait alors 21 membres, il en compte aujourd'hui 45. Ces chiffres me semblent de nature à rassurer les esprits les plus inquiets et à nous permettre de fonder les plus grands espoirs sur l'avenir de notre Syndicat.

Le succès de notre Congrès ne peut plus être mis en doute. Attirés par la rumeur publique, des auditeurs inconnus sont venus assister à nos débats et pendant ces trois jours, une dizaine de demandes de candidatures nouvelles ont été formulées. Si nous sommes 45 aujourd'hui, je pense que dans deux ans, nous serons plus de 100.

Ce succès est votre oeuvre. Nous le devons à l'heureuse suggestion de M. BEDARD, à l'unanimité de votre réponse, à l'appui sans réserve de nos anciens qui nous ont témoigné par leur présence, leur approbation à nos efforts. Si ce Congrès est une réussite, c'est parce qu'il s'est déroulé sous le signe de l'amitié.

Ce n'est pas au hasard que je prévois pour l'avenir une augmentation importante de nos effectifs. Je pense à toutes les provinces qui ne sont pas représentées parmi nous, aux Lyonnais, aux Bordelais, aux Bretons. Dans tous ces centres, il existe des médecins-anesthésiologistes dignes de ce nom, et s'ils ne sont pas des nôtres, c'est que certains ignorent encore qu'il existe un Syndicat des Médecins-Anesthésistes. Nous nous emploierons à le leur faire savoir.

Voyez par contre la province de Touraine. Elle nous a donné nos deux premiers membres provinciaux et aujourd'hui tous les anesthésiologistes ont ou vont adhérer à notre groupement. Pourquoi n'en serait-il pas de même dans tous les autres départements ? Je suis certain que dans chaque préfecture il existe au moins un et probablement plusieurs médecins-anesthésistes compétents.

Je vous remercie tout spécialement, Mesdames, d'avoir bien voulu décorer par votre présence les deux soirées de notre Congrès. Par votre charme et votre élégance, vous avez rompu l'austérité de notre assemblée, et grâce à vous je suis certain que les conversations n'ont pas roulé uniquement sur des sujets d'anesthésie.

.../...

Demain, mes chers amis, vous allez regagner vos foyers et votre activité professionnelle va vous reprendre tout entiers. Ne nous oubliez pas cependant, des liens se sont établis entre nous, des amitiés se sont créées ; sachons les entretenir malgré les distances et les développer s'il se peut.

En vous disant : A l'an prochain, je lève mon verre à vos santés, à celles de vos familles et à la prospérité de vos situations respectives.

.../...

- M. BEDARD -

Mesdames, Mesdemoiselles, Mes Chers Confrères,

Je suis très heureux ce soir, de prendre la parole au nom de tous nos camarades provinciaux qui ont assisté à ce Congrès et pouvoir ainsi exprimer des sentiments que nous partageons tous.

Je dois d'abord saluer la naissance de notre premier Congrès. Après lui, d'autres suivront, beaucoup plus importants, qui réuniront chaque année, les membres de plus en plus nombreux de la famille des anesthésiologistes.

Pour un premier Congrès, on peut dire qu'il a été réussi. Les débats qui ont animé les séances de travail ont été d'une belle tenue et les sujets traités, particulièrement bien choisis.

La réunion qui a eu lieu mardi, dans le cadre élégant de la Maison de l'Amérique Latine, s'est déroulée dans une atmosphère à la fois scientifique et amicale.

Enfin, le banquet qui clôture ce soir notre Congrès a été parfait. L'élégance et le charme féminins ayant apporté un éclat particulièrement remarquable à cette réunion autour d'une table où la chère et le vin étaient choisis.

Tout cela pour vous dire combien nous sommes sensibles au dévouement de ceux qui, en organisant ces trois journées, nous ont permis de réaliser ce premier rassemblement. J'ai nommé : Melle DELAHAYE, M. BOUREAU et M. MAROGER. Je sais que ce Congrès leur a demandé beaucoup de temps et de travail et leur a causé maints soucis. Mais ils étaient de taille par leur valeur personnelle à vaincre toutes les difficultés. Ils peuvent donc retirer de la réussite de ce Congrès, une légitime fierté, et s'estimer récompensés par le succès qui est venu couronner leurs efforts. Nous leur sommes très reconnaissants d'avoir bien voulu se charger de cette lourde tâche et au nom de Tous, je leur dis : Merci et à l'an prochain.

.../...

- M. AMIOT -

Mesdames, Messieurs, Mes Chers Collègues,

Si je n'ai pris qu'une part bien modeste aux travaux qui nous ont occupé ces jours derniers, j'ai par contre beaucoup réfléchi à l'intérêt de nos réunions et à l'esprit qui les anime.

Un premier fait m'a frappé, c'est la grande cordialité, la sympathie spontanée qui se sont tout de suite établies entre Parisiens et Provinciaux qui, la veille encore, ne se connaissaient pas et se sont tout de suite sentis rapprochés. On ne fait rien de bon que dans un climat favorable et aucun ne pouvait l'être davantage que celui qui régna entre nous. Cela seul suffirait à prouver aux organisateurs de ces journées la parfaite réussite de leur entreprise. Nous leur en avons une dette de gratitude que nous ne saurons oublier dans l'avenir.

Au point de vue scientifique, nos échanges d'idées ont été, je crois, des plus fructueux. Nous avons tous à apprendre les uns des autres et nous devons nous communiquer les résultats de notre expérience, nos remarques, j'allais dire nos "trucs de métier" ; nul doute que ce soit surtout dans des conversations directes plus que dans des communications officielles que pareille chose soit possible.

Notre Profession a été élevée à la dignité de "discipline" selon le langage sévère de nos administrations, de spécialité dirons-nous plus simplement.

Nous en concevons quelque satisfaction mais il faut bien le dire quelque inquiètude aussi car nous sommes déjà critiqués et nous devons défendre notre cause auprès de ceux-là même qui doivent apprécier nos services, je veux dire les chirurgiens. Récemment, j'ai entendu dire à l'un d'eux avec quelque amertume que si les chirurgiens français n'avaient pas réalisé ces temps derniers des opérations aussi sensationnelles que les Américains, c'était parce que l'anesthésie française ne leur en avait pas donné les moyens. Je crois qu'il serait profondément injuste de faire porter sur nous cette grave accusation. Ce qu'il faut crier bien haut, c'est qu'au point de vue expérimental, nous ne sommes nullement outillés : qu'on songe seulement à la difficulté presque insurmontable d'avoir des animaux ! Ensuite, qu'on veuille bien s'il vous plaît tenir compte du fait que l'état d'esprit en France, étayé d'ailleurs par la Jurisprudence officielle n'admet pas que l'on fasse courir à un malade le risque supplémentaire que comporte nécessairement toute recherche et que ne redoute nullement la hardiesse américaine. J'ai de bonnes raisons de croire que si un anesthésiste français avait proposé à un chirurgien de paralyser ses malades par le curare et de suspendre aussi leur respiration spontanée, il eut été mal accueilli. Les apnées obtenues eussent vite été qualifiées "syncopes" et mon Novateur considéré comme inconscient ou peu scrupuleux. La sévérité avec laquelle fut jugée à ses débuts en France l'action déprimante mais anodine du cyclopropane illustre

.../...

suffisamment ce que j'avance en parlant ainsi.

Aujourd'hui encore, des méthodes qui ont fait leurs preuves à l'Etranger sont l'objet de tels préjugés que l'on se sent bien mal à l'aise pour réclamer dans les cliniques l'aide efficace que nécessite la complexité de leur mise en oeuvre...

Il nous faut donc lutter mais aussi progresser et pour cela nous unir et communiquer entre nous. Je crois intéressant, à cet égard, pendant les quelques instants où vous voulez bien encore m'accorder votre attention, de vous évoquer ce que m'a dit un jour un de nos compatriotes de Génie qui illustre avec éclat la Pensée Française à l'Etranger :

"Lorsque nous décidons de travailler en équipe m'a dit Alexis CARREL, à la "solution d'un problème, nous nous réunissons, techniciens de toutes sciences pour met-"tre en commun nos idées et nous passons ensemble des heures, des journées et des se-"maines vivant de la même vie et souvent loin de nos Foyers. Eh bien, il arrive fréquem-"ment que ce ne soit ni au Laboratoire, ni autour des tables de travail que germe l'i-"dée féconde si ardemment désirée, c'est au contraire bien souvent dans des circonstan-"ces les plus banales de notre vie quotidienne, pendant un repas, un thé pris familiale-"ment que tout à coup surgit l'idée heureuse bien vite concrétisée sous une forme pra-"tique".

Je crois pour ma part que CARREL a pleinement raison : l'Inspiration ne choisit pas ses heures ni pour le poète, ni pour le chercheur et cela me convainct que le temps si agréablement passé ici aura servi à des échanges de vue dont pourrons profiter secrètement ceux qui souffrent et qui nous sont confiés.

+-+-+-+-+-+-+-+-+-+-+-+-+