

Assemblée générale du SNARF du samedi 2 juin 2018

## **Allocution du Président Dr Christian-Michel ARNAUD**

Chères Consœurs, Chers Confères, Chers Amis

2017 fut une année riche. Riche en évènements politiques, riche d'actualités pour un système de santé toujours très pauvre...

### **Tout d'abord un changement politique avec l'élection présidentielle.**

Changement de Président certes, mais pour nous, le plus important était le changement de ministre de la Santé. Le monde de la santé attendait avec impatience la fin des avanies de Madame Touraine. Attaques contre la médecine libérale, attaques contre la médecine spécialisée, attaques contre la liberté d'honoraires. Tout cela était concrétisé par une loi scélérate, la loi dite "de modernisation du système de santé" ....

C'était une loi dont le seul objectif était d'étatiser notre système de santé, de mettre la médecine libérale sous le contrôle de l'hôpital, de compenser les déficits abyssaux des hôpitaux publics par des économies de plus en plus contraignantes sur le secteur privé et des transferts de charges et d'activité non compensées.

Jamais notre système de santé et en particulier la médecine spécialisée libérale n'avait autant été agressé que durant la période où Madame Touraine avait sévi. Même le triste quinquennat de Madame Bachelot et sa loi "Hôpital Population Santé territoire" paraissait plus supportable et moins destructeur.

Ces cinq années furent marquées par un rejet de la médecine libérale, une dévalorisation de la médecine spécialisée dont le rôle n'était plus reconnu. Une haine de l'expertise et du travail médical. Une méconnaissance de la productivité du secteur libéral, seul capable de fournir à la population le service médical qu'elle mérite malgré la restriction continue des moyens octroyés. N'oublions pas que les économistes de la santé chiffrent à au moins 4% la croissance de la

dépense structurelle des dépenses de santé alors que les ONDAM des cinq dernières années ont toujours été inférieurs à 2,5%.

**Ainsi en mai 2017, exit Madame Touraine et arrivée de Madame BUZIN à la santé.**

Madame BUZIN, notre nouvelle Ministre vient du monde de la santé. Elle est même médecin spécialiste, certes hospitalière, mais elle sait ce qu'est l'expertise du médecin dans le monde des professionnels de la santé, et elle sait aussi ce qu'est l'expertise de la médecine spécialisée dans le monde de la médecine. Elle a eu la responsabilité de l'HAS, elle connaît donc aussi la qualité, l'accréditation des médecins, la certification des établissements. Elle n'a donc pas besoin de consulter le site de l'HAS pour savoir que les médecins accrédités sont presque tous des libéraux et que les résultats de la certification des établissements privés sont bien supérieurs à ceux des hôpitaux publics. L'arrivée de Madame BUZIN à la tête du Ministère de la santé fut donc pour nous un signal très positif dont bien sûr nous attendions de profonds changements dans la vision qu'ont nos dirigeants de notre système de santé.

Très rapidement, notre nouvelle Ministre commença par mettre en place une stratégie nationale de santé pour la période 2018-2022 élaborée à partir du rapport sur l'état de santé des français remis par Haut Conseil à la Santé Publique. Elle y définit quatre thèmes prioritaires :

- Mettre en place une politique de promotion de la santé incluant la prévention dans tous les milieux et tout au long de la vie
- Lutter contre les inégalités sociales et territoriales d'accès à la santé
- Garantir la qualité, la sécurité et la pertinence des prises en charge
- Innover pour transformer notre système de santé en réaffirmant la place des usagers

Les contacts et le dialogue avec la tutelle devenant maintenant possible, le SNARF souhaite reprendre sa démarche constructive, appuyant ses demandes de revalorisations de la spécialité sur une recherche continue de la performance, de la qualité, de la sécurité et de l'efficacité du service rendu au patient et à la collectivité.

**2017 fut aussi le début de l'application de la Convention signée en 2016.**

Nous vous avons prévenus que c'était une mauvaise convention, qu'elle n'était pas favorable à notre spécialité, qu'elle avait même été signée à notre détriment au profit des deux autres spécialités des plateaux techniques lourds (PTL).

Nous ne pensions pas que cela se révélerait si rapidement. Nous avons constaté que toutes les mesures et améliorations pour les médecins exerçant en PTL

excluaient les anesthésistes-réanimateurs. La manipulation de la CCAM, utilisant la majoration des coefficients J et K pour revaloriser considérablement les cotations de chirurgie et d'obstétrique sans aucune amélioration de celles d'anesthésie en était le premier exemple. La marginalisation des anesthésistes-réanimateurs les privant de l'OPTAM-CO était une deuxième preuve de l'abandon de notre spécialité par les syndicats signataires au profit des autres spécialités de PTL.

Nous pensions pouvoir tout de même espérer bénéficier des majorations destinées aux autres spécialistes. La première désillusion venait de la transformation dans la convention du C2 en APC. Auparavant, le C2 des anesthésistes-réanimateurs n'était pas une cotation d'adressage consultant par le médecin traitant, mais, pour nous, valorisait la gravité du patient et était utilisée pour les patients dont le score ASA était supérieur ou égal à 3. Bien entendu ces patients se trouvant souvent parmi les patients hospitalisés en urgence, la cotation du C2 lors d'hospitalisation d'urgence était honorée et lorsque cette hospitalisation avait lieu la nuit ou un jour férié, les majorations étaient applicables. Il est bien évident qu'un anesthésiste-réanimateur ne ferait pas de consultation à 2 h du matin ou un 25 décembre, surtout pour un patient grave, s'il avait la possibilité de réaliser celles-ci en cabinet de manière programmée dans les jours qui suivent. C'est seulement le service des patients en urgence qui dicte la conduite de la prise en charge du patient. Nous eûmes alors la surprise de voir les CPAM, sur injonction de la CNAM refuser la cotation des APC pour nos patients hospitalisés. Après les interventions du SNARF auprès du responsable des actes médicaux de la CNAM, la cotation de l'APC en établissement nous redevenait possible mais nous faisons toujours face au refus des majorations de nuit ou de jours fériés. Puis récemment, surprise, une avalanche de nouveaux refus accompagnés par des courriers des CPAM, que vous pouvez consulter sur notre site, nous expliquant que seuls les chirurgiens avaient la possibilité de coter les APC en établissement. Là encore nous avons une nouvelle preuve que le BLOC et ses supplétifs de l'AAL avait sacrifié les anesthésistes pour obtenir des avantages pour les 2 autres de ses branches.

La majoration pour les patients vus en consultation dans les 48h à la demande des médecins généralistes nous plaçait devant le même type de problème. L'opérateur qui voit en consultation dans les 48h un patient adressé peut majorer sa consultation, mais comment est majorée la consultation de l'anesthésiste qui fait l'effort de perturber sa consultation réglée pour prendre en charge rapidement le patient vu par le chirurgien dans les 48h ? Ceci n'a pas été prévu par les premiers signataires de la convention qui affirmaient de manière tout à fait hypocrite défendre l'ensemble des spécialités des PTL.

## **Nos convictions et nos propositions**

### **La convention**

En ce qui concerne notre position face à la convention et à la signature conventionnelle, elle n'a bien sûr pas changée. Nous considérons toujours que la Convention de 2016 est une mauvaise convention faite pour cliver le corps médical entre la médecine générale et la médecine spécialisée, entre les anesthésistes-réanimateurs et les chirurgiens, entre les secteurs 1, les secteurs 2 et les OPTAM, nouveau nom donné au CAS. Nous pensons toujours que notre spécialité a été sacrifiée et qu'elle a subi les revers de sa très forte productivité dans le monde libéral, de l'énorme disponibilité et du temps passé dans l'intérêt de la population. Les revenus des anesthésistes attisent certes les envies et les jalousies mais pas leurs horaires. Ce ne sont que les reflets de contraintes qu'aucune autre spécialité ne subit. Présents au bloc opératoire avant tout le monde, partis bien après les autres, assurant la continuité des soins dans les établissements sans aucune rémunération de jour, de nuit, les dimanches et les jours fériés.

Depuis la signature de la convention, l'absence à la table des négociations de syndicat nous défendant réellement nous a particulièrement nuit. La voix de l'anesthésie-réanimation a disparu dans les négociations avec les Caisses. On le voit d'ailleurs dans les derniers épisodes du feuilleton de l'APC. Le SNARF est un syndicat de spécialité, lui seul défend les anesthésistes-réanimateurs libéraux. Pour cela et pour faire entendre la voix de notre spécialité, nous pourrions reconsidérer un retour des syndicats médicaux pluri-professionnels que nous soutenons sous réserve d'une correction des problèmes auxquels nous sommes confrontés, et sous réserve d'une ouverture d'une vraie discussion sur l'évolution de notre système de santé et de la place de notre spécialité. L'UMESPE-CSMF a obtenu de faire inscrire dans l'avenant 6 la reconnaissance de l'APC des anesthésistes et nous l'en remercions. Son retour ainsi que celui du SML dans le cadre conventionnel nous rassure sur la possibilité de faire entendre notre voix. Nous ne pouvons plus tolérer de voir l'AAL faire semblant de défendre notre spécialité dans le but obtenir des avantages réservés uniquement à nos amis chirurgiens et aux obstétriciens.

### **APC et MCU**

Nous nous réjouissons bien entendu que, grâce à l'intervention de l'UMESPE-CSMF, les anesthésistes retrouvent pour l'APC les conditions d'applications qui étaient celles du C2, patient ASA 3 et supérieur, y compris en établissement de soin avec les majorations de nuit ou de jour fériés lorsque celles-ci sont justifiées.

Rien de plus que ce que nous avions auparavant mais tout ce que nous avons auparavant.

Nous demandons aussi à pouvoir bénéficier de la majoration lorsque la consultation d'anesthésie est faite dans les 48 h suivant l'adressage.

### **La recertification**

La recertification des médecins est inéluctable. Elle correspond à une demande des patients et des tutelles. Elle existe dans la plupart des pays de l'OCDE. Le patient devient de plus en plus "client" avec des exigences de qualité, de pertinence, il a l'habitude de voir l'ensemble de sa consommation contrôlée, labellisée et entend que sa consommation de soins soit elle aussi contrôlée. Les tutelles et les financeurs veulent aussi s'assurer de la qualité du service qu'ils financent. Nous ne pouvons pas ignorer cette demande sous peine de voir une évaluation externe, pas toujours médicale ni fiable se mettre en place. Des classements par les différents hebdomadaires à un tripadvisor de la santé, tout est possible.

Cette problématique a fait l'objet d'importantes réflexions au sein du SNARF. Une analyse des réussites et des échecs des pays étrangers nous a amenés à rappeler les expériences françaises. Nous savons que nous avons en France une démarche opérationnelle depuis plus de 10 ans. C'est l'accréditation des médecins des plateaux techniques lourds dont le SNARF a été l'un des créateurs. C'est une procédure que nous connaissons bien, incitative, assurant l'amélioration de la qualité et de la gestion des risques. Elle existe au niveau individuel, mais, depuis peu de temps elle peut être obtenue en équipe, ce qui a un effet particulièrement structurant et en augmente l'impact.

Cette procédure a fait la preuve de son efficacité. En effet, une enquête déjà ancienne, faite par Médiamétrie pour notre partenaire le Cabinet Branchet, avait montré une forte diminution de la sinistralité chez les médecins accrédités par rapport aux non-accrédités.

Ce n'est pas un contrôle ponctuel à date précise mais, au contraire, une démarche continue. Il est donc possible d'y entrer dès l'installation et de s'engager ainsi dans une démarche vertueuse d'amélioration de la qualité et d'entretien continu des connaissances, sans attendre un éventuel contrôle ponctuel au bout de quelques années. L'outil, même s'il est perfectible, a l'avantage d'exister, site web, suivi personnalisé, objectifs et critères à respecter. Il est tout à fait fonctionnel, adaptable à toutes les spécialités, il suffit pour cela d'en étendre l'application à l'aide de critères, objectifs et indicateurs adaptés à chaque spécialité, choisis par les CNP, ou le Collège de médecine Générale, ou même sur des objectifs de santé publique si la tutelle le désire.

Cette réflexion nous a amenés à penser qu'une adaptation de ce système existant en France, plus ancien que certains modèles étrangers dont on nous vante les mérites, ayant obtenu la satisfaction des utilisateurs tout en montrant son efficacité, et sa pérennité, pouvait tout à fait être généralisable et ceci, d'autant plus facilement pour nous que nous en avons l'habitude, la pratique et que nous le savons à la fois performant et assez peu contraignant.

Cette recertification à laquelle nous préférons conserver le nom d'accréditation devrait pour être efficace être valorisée. L'aide à la RCP ne devrait pas pour les anesthésistes-réanimateurs être plafonnée mais bénéficier des mêmes conditions que les chirurgiens et les obstétriciens et une ouverture d'un secteur de liberté (Optam d'équipe) à tous les anesthésistes-réanimateurs se lançant dans une démarche d'accréditation d'équipe pourrait être une juste reconnaissance de l'effort consenti. Nous serons d'ailleurs audités pour présenter ces propositions courant juin par le Comité de Pilotage en charge de la recertification des médecins présidée par le Professeur.

### **L'équité d'accès : secteurs 1 et 2, OPTAM d'équipe**

Le maintien du S2 est impératif, le SNARF a toujours combattu pour sa survie. C'est le seul moyen de conserver une vision réelle de la valeur de l'acte médical bloqué depuis des décennies. Le SNARF a toujours pensé que le blocage de l'accès au secteur II est inique et entraîne une injustice flagrante entre médecins effectuant les mêmes actes. De la même manière, il considère que la différence de traitement concernant les remboursements entre secteur 2 et secteur 1 est une injustice et une atteinte au libre choix du patient.

Les anesthésistes-réanimateurs ont été exclus de l'OPTAM-CO et l'exercice dans différents secteurs, outre l'arbitraire de leur distribution, est un frein au travail en équipe. Ces différences de secteurs nous conduisent à expliquer à nos patients que, selon le jour ou l'heure de leur consultation ou de leur intervention, selon l'anesthésiste-réanimateur qui va les prendre en charge, le tarif et le remboursement peuvent être différents pour le même acte, dans la même équipe ?

Les tutelles insistent sur la structuration en équipe, nous demandons donc la possibilité, dans une équipe structurée qui le désire, d'obtenir la possibilité de s'adhérer à l'OPTAM quel que soit le secteur d'origine du médecin avec des taux communs à toute l'équipe. Cette modification, facilitant l'accès et la lisibilité des tarifs pour le patient, incitant à la structuration de l'offre médicale ne coûterait rien à la Sécurité Sociale et rendrait plus aisée la compréhension du système. Cette ouverture pourrait être associée à une accréditation d'équipe garantissant au patient qualité et de sécurité.

## **La CCAM**

Notre Nomenclature devait être révisée régulièrement, la valeur du point travail devait être réévaluée, quant au coût de la pratique, il devait être ajusté en fonction de l'évolution des frais réels. En fait rien n'a bougé, nous avons toujours des actes au tarif de 1994. Certaines anesthésies de patients ASA 3 sont maintenant moins rémunérées que la consultation préanesthésique.

La convention de 2016, au lieu de prévoir les nécessaires réévaluation des coûts de la pratique et des points travail a préféré distribuer aux « syndicats méritants » des bonus par le biais de modificateurs J et K. Nous n'en bénéficions pas et nous préférerions une vraie réévaluation du point travail car la hiérarchisation des actes ne doit pas être manipulée par la main arbitraire de la CNAM.

## **La télémédecine et les consultations avancées**

Ce sujet à l'ordre du jour des dernières négociations conventionnelles mérite que l'on y réfléchisse. Certains de nos patients pourraient bénéficier de téléconsultation d'anesthésie. Ceci a déjà fait l'objet de recommandations de notre société Savante. Consultations itératives, pour des patients déjà connus, ASA 1 ou 2, habitant à distance... différentes possibilités peuvent être envisagées, mais cela entraîne un investissement et des contraintes, un accroissement de la responsabilité, des moyens, connexion vidéo sécurisée, organisation différente du planning, plages horaires dédiées qui devront bien entendu être indemnisées. Ce nouveau service, s'il est mis en place ne doit pas seulement se traduire par des charges nouvelles pour le médecin car il pourra à terme permettre des substantielles économies pour l'assurance maladie et un désenclavement de territoires isolés, éloignés des établissements de santé.

La télé-expertise, réponse à une demande de médecin traitant, pourrait être utilisée en préopératoire pour des réponses sur l'opérabilité d'un patient, en postopératoire dans le cadre de la RRAC, mais la faiblesse des rémunérations proposées n'incite pas vraiment à participer à cette démarche.

Dans le même ordre d'idée la participation d'anesthésistes à des sites de consultations spécialisées délocalisés peut être envisagée si le volume de consultations le justifie, mais ce service à la population et aux déserts médicaux doit être aidé et valorisé.

## **Les infirmières en pratique avancées (IPA)**

C'est un sujet que nous connaissons bien car nous avons été précurseurs avec les IADEs. La spécialisation de certaines infirmières pourrait probablement permettre de compenser la baisse de la démographie médicale mais ce nouveau corps paramédical ne doit en aucun cas se substituer aux médecins. Les IPA

doivent rester sous la responsabilité de médecins, leurs actes doivent être protocolisés et bien encadrés. L'idéal dans la pratique, serait que ces IPA soient comme nos IADEs des salariées d'entreprises médicales, sous le contrôle de médecins. Le décret de compétences des IADES que nous avons négocié et révisé en 2017 est un modèle de relation entre une spécialité médicale et les infirmiers spécialisés de la discipline. La compétence et la qualité des IADES est unanimement reconnue mais leur travail se fait dans l'intérêt de nos patients, sous le contrôle et la responsabilité du médecin.

### **Les jeunes anesthésistes-réanimateurs**

Nous avons aidé nos jeunes confrères dans la défense de l'unicité de la spécialité, anesthésie et réanimation, nous sommes aussi persuadés que leur formation doit leur faire approcher les deux types de pratiques, publique et privée. Pour cela nous voulons que des stages d'internes puissent être ouverts dans les cabinets et cliniques libérales afin de casser cette barrière entre public et privé pourvoyeuse d'idées préconçues et freinant l'accès de nos jeunes confrères au secteur libéral. Nous voyons d'ailleurs dans les enquêtes d'opinion que ceux-ci sont intéressés par des stages en privé et aimeraient souvent avoir la possibilité d'un exercice mixte, mêlant activité hospitalière et exercice libéral. Le SNARF a organisé des stages de formation pédagogique de Maître de stage pour aider nos confrères à accueillir des internes dans les établissements privés.

Le SNARF est aussi intervenu auprès de la CARMF pour aider nos jeunes confrères remplaçants à faible revenus à obtenir des exonérations de cotisations retraite. Le SNARF se félicite aujourd'hui de voir la CARMF indiquer dans un communiqué du 15 mai que les cotisations des médecins non thésés remplaçants sont suspendues pour 2018. Le SNARF continuera à aider nos jeunes confrères

**La réanimation médicale** dans laquelle interviennent des Anesthésistes-Réanimateurs, et des réanimateurs médicaux a subi des problèmes de cotation, d'organisation, des difficultés d'organisation et de remplacement. Nos confrères exerçant en réanimation sont représentés au CA du SNARF et peuvent compter sur l'aide active de toute la profession.

### **Les techniques innovantes**

L'anesthésie est une spécialité en perpétuel mouvement. Les innovations sont à la fois techniques et organisationnelles. Associées aux innovations chirurgicales, elles ont permis une amélioration des conditions de prise en charge des patients : introduction de nouvelles techniques, de nouveaux appareils, meilleure sécurité, meilleur traitement de la douleur. Ce sont ces améliorations



qui permettent au patient de quitter les établissements de plus en plus tôt. Le SNARF s'est impliqué dans des formations à la réhabilitation rapide après chirurgie, la RRAC, et l'ambulatoire.

Mais être formé, c'est bien, être valorisé pour ces efforts que nous faisons est mieux. Nous avons demandé une valorisation de la prise en charge innovante des patients, ambulatoire et RRAC qui sont des améliorations réelles du parcours patient en évitant tous les effets délétères de l'hospitalisme. Elles sont aussi une source non négligeable d'économie pour notre système de santé et il ne serait pas illogique que ces efforts et ces économies soient partagés.

« « « « ----- » » » »

Je tiens à remercier tous ceux qui nous ont aidé au cours de cette année, tous nos adhérents qui font notre force et grâce auxquels nous pouvons défendre la spécialité.

J'ai pu cette année encore compter sur le soutien efficace et actif de Pierre LANOT qui a assuré avec une grande compétence le Secrétariat Général et de notre Trésorier, Marc GENTILI qui nous a permis de poursuivre nos actions malgré un combat se faisant dans des conditions de plus en plus difficiles, je les remercie ici pour leur dévouement et leur amitié.

Je remercie l'ensemble du bureau et du Conseil d'administration du Syndicat qui a su avec efficacité s'impliquer dans les différentes structures, centrales syndicales horizontales, scientifiques, au Collège et au CNP AR et à l'Union Européenne de la Médecine Spécialisée(UEMS). Je pense que j'oublierai probablement des fonctions et des engagements, tant tous sont impliqués dans la défense de notre profession, je les prie de m'en excuser : je citerai Patrick-Georges YAVORDIOS qui préside et développe ARRES et assure régulièrement une formation de qualité à la gestion du risque, validante dans le cadre de l'accréditation et du DPC, aidé en cela par Patrick HANH trésorier d'ARRES. Marie-Paule CHARIOT et Marc GENTILI qui ont organisé des formations pour nos confrères. Il me faudrait reproduire la liste de membres du Conseil d'Administration et des délégués régionaux et c'est au nom de tous nos confrères pour lesquels ils se dévouent que je les remercie chaleureusement pour le travail fourni pour notre spécialité.

Je tiens à féliciter notre Déléguée Générale Valérie-Anne HAUCHART assistée de notre secrétaire Marie-Chantal LEGROS qui ont fait vivre notre site, notre journal. Elles ont maintenu le lien avec nos adhérents par leurs informations

régulières, leurs réponses aux appels téléphoniques, leur soutien et leur aide face aux problèmes de nos confrères.

Un grand remerciement à notre partenaire le Cabinet BRANCHET, fidèle dans son soutien à notre spécialité, couvrant nos risques nous soutenant en cas de problèmes, et à toujours prêt nous proposer de nouveaux services adaptés à notre profession.

Nous ne pourrions pas assurer notre rôle d'aide et de soutien à nos adhérents sans les conseils avisés du Cabinet AUBERT, et je remercie particulièrement Maître Philip COHEN et Maître Laure SOULIER pour leur action et leur présence fidèle, efficace et amicale à nos côtés.

« « « « -----» » » »

Ainsi le syndicat fut très actif en 2017, mais le programme de 2018 s'annonce particulièrement chargé. Pour cela une implication de tous est nécessaire. L'adhésion à son syndicat de spécialité est une démarche de reconnaissance et de soutien, un travail effectué pour la défense de tous par tous. Elle est nécessaire, non seulement pour des raisons financières, une infrastructure syndicale a besoin de vivre, mais aussi et surtout pour la force qu'elle donne à la voix du syndicat. Plus nous serons nombreux et plus nous aurons de poids pour faire respecter nos positions et aboutir nos demandes. Il est préférable d'être défendu par le syndicat de notre spécialité que par un syndicat qui utilise les voix de notre spécialité pour obtenir des avantages uniquement pour les autres.

**Adhérez, faites adhérer, soutenez le SNARF. Le SNARF est, et a toujours été, votre syndicat, le seul syndicat indépendant qui vous défend sans compromission.**

\*

\*

\*