REFERENTIEL METIER COMPETENCES ANESTHESIE-REANIMATION

Préambule

Ce document est le fruit de la réflexion d'un groupe de travail représentatif de notre discipline qui a défini un référentiel métier, où tout à chacun se retrouve dans ses compétences. L'objectif est d'avoir une garantie des compétences professionnelles suite aux demandes de la société, de la part des patients et des financeurs, ainsi qu'une bonne programmation et gestion des besoins d'évolution de la formation de la discipline.

Docteur James BRODEUR, Président du Syndicat des Médecins Anesthésistes-Réanimateurs non Universitaires

Professeur Claude ECOFFEY Président du Comité Vie Professionnelle la Société Française d'Anesthésie-Réanimation (SFAR)

Professeur Gérard JANVIER, Président de la Collégiale des enseignants d'Anesthésie-Réanimation et du CNU : Président de la sous-section 48-01 (anesthésie réanimation)

Docteur Laurent JOUFFROY, Président de la Société Française d'Anesthésie-Réanimation (SFAR)

Docteur Michel LEVY, Président du Syndicat National des Anesthésistes-Réanimateurs Français (SNARF)

Professeur Claude MARTIN, Membre de la Société Française d'Anesthésie-Réanimation (SFAR)

Docteur Nicole SMOLSKI, Présidente du Syndicat National des Praticiens d'Anesthésie-Réanimation (SNPHAR)

Professeur Annick STEIB, Présidente du Collège Français des Anesthésistes-Réanimateurs (CFAR)

Ce travail avait été initié avec le **Professeur Jean-Marie DESMONTS**, Conseiller du Ministre de la Santé, Président de la commission de qualification en Anesthésie – Réanimation en 1ère instance du Conseil de l'Ordre National Médecins (CNOM) et le **Professeur Philippe SCHERPEREEL**, Président de la Commission de qualification en Anesthésie-Réanimation en appel du Conseil National de l'Ordre des Médecins

Depuis sa création la discipline d'anesthésie-réanimation a constamment amélioré son organisation globale. En alliant une culture de qualité et une politique de gestion des risques, l'Anesthesie-réanimation a divisé le nombre de décès directement imputable à son exercice par 10, alors même que le nombre d'anesthésies doublait et passait à 8 millions actes/an et concernait des patients de plus en plus âgés, porteurs de pathologies associées de plus en plus lourdes pour des actes chirurgicaux de plus en plus complexes.

Un référentiel métier doit permettre d'édicter des règles, dont le but pour l'anesthésie-réanimation est la qualité et la sécurité des soins, et la sérénité au travail des professionnels :

- Formation initiale de la spécialité.
- Reconnaissance des diplômes et qualifications de l'espace européen (directive 2005/36).
- Nouvelle procédure d'exercice pour les praticiens hors Union Européenne (PADHUE).
- Reconnaissance des compétences acquises.
- Formation médicale continue, entretien des connaissances, Développement Personnel continu (DPC).
- Organisation de la profession.
- Satisfaction et santé au travail des médecins, en particulier prise en compte du temps de travail et de sa pénibilité.

Concernant l'Anesthésie-Réanimation, l'exercice quotidien est encadré par le décret sur la Sécurité en Anesthésie Réanimation de 1994, et par des recommandations de la SFAR. Des « recommandations concernant les relations entre les anesthésistes-réanimateurs et chirurgiens, autres spécialistes ou professionnels de santé » ont été émises par des groupes de travail issus des organisations professionnelles et scientifiques sous l'égide du Conseil National de l'Ordre (2).

Les relations avec les autres professionnels de santé sont parfaitement définies, en particulier les Infirmier(e)s Anesthésistes Diplômé(e)s d'Etat (IADE) dont la formation et les compétences sont également régies par des textes réglementaires.

La profession doit résoudre avec les pouvoirs publics un certain nombre de problèmes tels que la répartition géographique sur le territoire français ou les perspectives démographiques, sans que soit remise en question la qualité des professionnels, ni la qualité de l'exercice. Le contexte de l'exercice : établissement privé ou public de santé ou centre hospitalier universitaire ne doit pas influer sur le métier d'anesthésiste-réanimateur.

1. REFERENTIEL FORMATION :

1. FORMATION INITIALE DES MEDECINS SPECIALISTES EN ANESTHESIE-REANIMATION : LE DESAR

La formation initiale définit le champ de compétences dévolues à une spécialité médicale ou chirurgicale.
Elle ouvre à l'acquisition de compétences théoriques et pratiques qui devront être entretenues ultérieurement par le développement personnel continu (DPC).

Le diplôme d'Etudes Spécialisées d'Anesthésie-Réanimation (DESAR) est la voie exclusive de formation de la spécialité en France. Ce DES est organisé au sein d'une filière spécifique de l'internat. Sa durée est de 5 ans.

Les DES ont donc une compétence professionnelle reconnue en anesthésie et en réanimation *(annexe 1)*.

- **REGLEMENTATION PROGRAMME OFFICIEL**

Le programme des enseignements ainsi que les obligations de formation pratique (maquette) du diplôme actuel sont réglementés par l'*arrêté du 20 juin 2002 publié au Journal Officiel le 26 juillet 2002*. Il est constituée d'un enseignement de 150 heures d'anesthésie – douleur et d'un enseignement de 150 heures pour la réanimation et les urgences *(figure 1)*.

L'entrée dans ce diplôme de troisième cycle de médecine spécialisée se fait à l'issue de l'examen national classant de fin de 2ème cycle. L'anesthésie réanimation constitue l'une des filières individualisées.
Le nombre de postes ouverts dans la discipline est fixé annuellement par un arrêté du Ministre chargé des Universités et du Ministre chargé de la Santé *(annexe 2)*. Le recrutement des DESAR montre une augmentation récente progressive des postes ouverts sur le territoire national avec une redistribution préférentielle vers le nord géographique du pays.

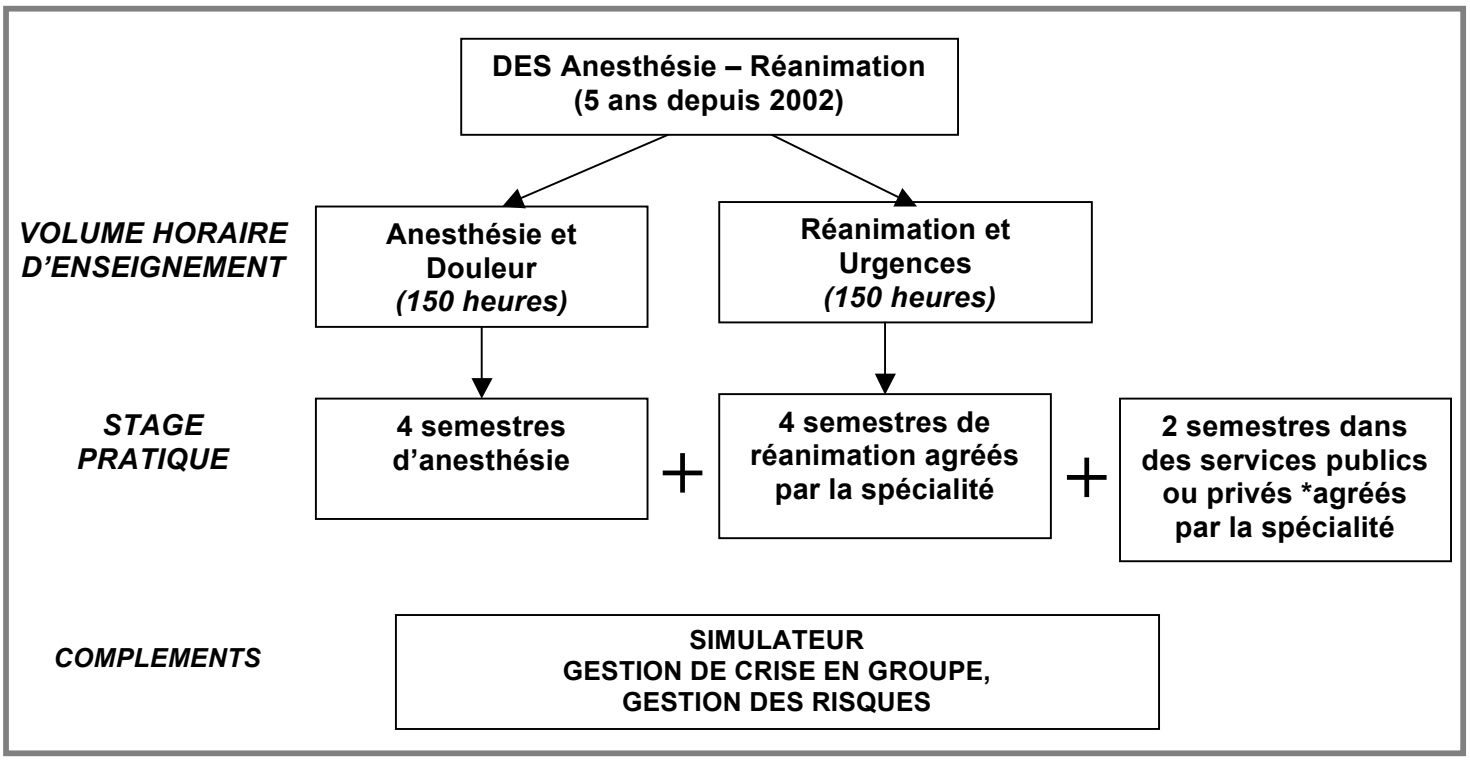

Figure 1 : MAQUETTE TYPE THEORIQUE ET PRATIQUE DE LA FORMATION D'UN D.E.S D'ANESTHESIE-REANIMATION

* un nouveau référentiel de formation est proposé au Ministère de la Santé qui a mis en place le CNIPI centré sur cette question et répondant aux besoins de la loi HPST

La maquette du diplôme se décline suivant un enseignement théorique réparti en modules (annexe 3) et une formation pratique qui est réalisée au cours de 7 semestres effectués dans les services agréés par le DESAR, 1 semestre dans un service de réanimation du CHU ou conventionnée agréé pour le DESC de réanimation médicale et 2 semestres dans les services agréés pour la spécialité ou dans une autre spécialité.

Le transfert de connaissances pratiques à l'interne est basé sur un compagnonnage fondé sur 3 principes : l'exemplarité suivie de la répétition avec correction progressive des erreurs, l'acquisition de l'autonomie et enfin l'explication par le tuteur de ses choix techniques, stratégiques et médicaux. Le CFAR a proposé une formalisation de ces acquis sur le modèle européen d'un carnet de stage.

L'enseignement de la discipline est coordonné pour 3 ans par un Professeur d'Université désigné par ses collègues au sein d'une région universitaire, selon les dispositions réglementaires fixées par l'arrêté du 22 Septembre 2004, article 7, 8 et 9.

Les missions des coordonnateurs locaux de régions (subdivisions) sont :

- L'encadrement des internes en veillant tout spécialement à respecter les flux d'étudiants admis dans la discipline.
- L'organisation de l'enseignement théorique et pratique.

- La surveillance du cursus du futur spécialiste en vérifiant l'adéquation des stages effectués à la maquette, et l'accomplissement des actes prévus par le carnet de stage.

Pour remplir ses missions, le coordonnateur s'entoure d'un collège d'enseignants constitué de :

- Tous les professeurs de la discipline.
- Tous les enseignants de rang B *(assistant / assistant - chef de clinique et maître de conférences des Universités).*
- Les praticiens hospitaliers impliqués dans l'enseignement de l'anesthésie-réanimation, dont le rôle universitaire devrait être reconnu officiellement au sein de ce collège, notamment à partir de la mise en place de valences de temps consacrées à l'enseignement ou à la recherche.

Un coordonnateur interuniversitaire est nommé par les enseignants universitaires de l'inter région ; il est chargé de l'organisation des évaluations terminales des enseignements.

Dans la plupart des inter-régions, une évaluation continue des connaissances est organisée sous la forme d'évaluation écrite, le plus souvent par QCM après chaque module, des évaluations orales annuelles et dans la phase terminale du cursus une évaluation incluant la vérification de l'accomplissement de la maquette, des évaluations de connaissances et la soutenance publique d'un mémoire de fin d'études en présence des enseignants de l'inter-région.

La formation initiale des anesthésistes-réanimateurs comprend l'enseignement de l'anesthésie, de la réanimation, de la médecine d'urgence et de l'évaluation et de la prise en charge de la douleur. Dans ces 4 domaines, la formation initiale du DESAR donne accès à une approche multidisciplinaire de ces activités.

La recherche dans ses 3 composantes clinique, fondamentale et transactionnelle s'exprime fortement dans la discipline ; les praticiens, universitaires et non universitaires sont de plus en plus associés dans des projets de grande envergure de discipline voire hors discipline.

Ce large champ professionnel constitue une opportunité et une attractivité pour la carrière d'un médecin anesthésiste-réanimateur en permettant l'évolution de sa pratique clinique, par exemple, d'une activité initiale prédominante en anesthésie-réanimation, vers une activité orientée dans des domaines autres tels la douleur chronique ou l'urgence.

Cette diversité des métiers à l'intérieur d'une même spécialité implique toutefois un approfondissement des connaissances et des pratiques dans ces différents domaines. Les universitaires d'anesthésie-réanimation ont mis en place des diplômes universitaires ou inter-universitaires pour répondre à ces besoins de formation complémentaires. De nombreuses formations proposées par d'autres organismes (SFAR, associations) dans le cadre de la formation continue et labellisées par le Collège Français des Anesthésistes-Réanimateurs (OA FMC) contribuent au développement professionnel continu.

2. RECONNAISSANCE DES DIPLOMES AU SEIN DE L'UNION EUROPEENNE

La Procédure d'Autorisation d'Exercice (PAE) est décrite par l'article L4111-1 du Code de la Santé Publique (CSP), définissant les conditions ouvrant droit à l'exercice de la médecine en France.

La reconnaissance par équivalence des pays de l'Union Européenne ne devrait théoriquement pas poser de problème dans le cadre de la directive 2005/36/CE *(annexe 4)* dès lors que les pays ont accompli effectivement les efforts nécessaires pour se conformer aux standards de formation reconnus.

Le concours de recrutement des praticiens hospitaliers sur le territoire français fait appel à une réglementation récente où le concours de type 1 est très difficilement évaluatif sur les compétences des professionnels médecins étrangers. Le recours à une homologation des compétences et connaissances via un examen européen tel que l'European Diploma in Anesthesiology and Intensive Care (EDA) organisé par l'European Society of Anesthesiology (ESA) assurerait une garantie de qualité unanimement reconnue.

Ce diplôme en deux parties, l'une écrite à base de QCM et l'autre orale, sur le modèle du FRCA britannique a déjà été adopté par un certain nombre de pays comme examen national validant la spécialité.

L'entrée des pays de l'Est de l'Europe dans l'Union Européenne a été précédée d'un alignement des durées et des programmes de formation en Anesthésie-Réanimation sur les standards Européens. Plusieurs organismes Européens de la discipline ont joué un rôle déterminant, qu'il s'agisse du Board Européen d'Anesthésie-Réanimation (EBA) de l'UEMS, de l'Académie Européenne d'Anesthésiologie (EAA) ou de la fondation Européenne d'enseignement en Anesthésiologie (FEEA) en matière de formation médicale continue. Cette dernière s'est placée sous tutelle de l'ESA depuis 2009 en prenant la forme d'un Comité Européen de l'Enseignement en Anesthésie (CEEA).

Le Board Européen de l'UEMS a élaboré des standards de formation exigibles en terme de durée de formation (4 ans minimums), de programme d'enseignement *(annexe 5)* ou de formation pratique (carnet de stage).
Conjointement avec l'Académie Européenne, puis l'ESA, la discipline a conduit un programme de visite et d'accréditation des hôpitaux visant à vérifier l'adéquation des centres de formation aux standards Européens.

3. RECONNAISSANCE DES DIPLOMES HORS UNION EUROPEENNE

L'autorisation d'exercice en France des praticiens à diplôme hors Union Européenne (PADHUE) est définie par l'article L4111-2 du Code de la Santé Publique (CSP) et par la circulaire n°DHOS/M/2007/61 du 7 février 2007 (*annexe 6)*.

La Procédure d'Autorisation d'Exercice (PAE) repose sur :

- Des épreuves de vérification des connaissances et de maîtrise de la langue française.
- Une période d'exercice permettant le contrôle des pratiques professionnelles.
- L'avis d'une commission, par profession et par spécialité, avant l'autorisation ministérielle.

Actuellement cette autorisation ne peut être obtenue qu'après une longue période de séjour en France effectué dans des conditions souvent précaires, sur des postes temporaires, dans des établissements en telle difficulté qu'ils ne disposent ni d'un encadrement ni d'un accompagnement minimum ni des possibilités de formation complémentaire. De plus certains contrats d'engagement exposent à des formes d'exploitation, notamment en termes de charge de gardes, forcément préjudiciables à la qualité des soins rendus et à la santé de ces médecins. La spécialité ne peut cautionner un tel exercice dégradé de certains spécialistes et le fait que le service rendu prime sur la qualité des soins et la sécurité des patients pris en charge.

Les nouvelles procédures d'autorisation d'exercer la médecine en France sont très réglementées. Les postulants après concours (NPA) et admission doivent exercer pendant trois ans dans une structure publique avec la fonction d'assistant associé. Cette période leur permet d'accéder à un recrutement annuel, via une commission ad hoc au Ministère de la santé. Après avis favorable de cette commission, le médecin étranger obtient l'autorisation d'exercer la médecine en France, avec inscription au Conseil de l'Ordre et possibilité de se présenter (après deux ans d'exercice comme praticien contractuel) au concours de praticien hospitalier français.

Au total, aucune autorisation d'exercer ne doit être délivrée en dehors de l'obtention du diplôme de spécialité (DESAR) et de la qualification ordinale sur la base réglementaire, celle-ci excluant toute reconnaissance de compétence acquise hors diplôme. L'évaluation universitaire et diplômante doit être la même pour les PADHUE que pour les DESAR ou médecins à diplôme européen.

L'homologation des compétences et connaissances via un examen européen tel que l'EDA organisé par l'European Society of Anesthesiology (ESA) apporterait une garantie de qualité déjà soulignée dans le chapitre précédent.

2. REFERENTIEL DE PRATIQUE PROFESSIONNELLE

Le champ d'activité des anesthésistes-réanimateurs peut s'envisager à l'intérieur même de l'anesthésie-réanimation mais également dans d'autres activités sur lesquelles ouvre la spécialité et qui peuvent être pratiquées conjointement ou isolément d'une pratique anesthésique.
Ces différentes pratiques relèvent donc des aspirations et des compétences spécifiques individuelles, de l'organisation et du fonctionnement à l'intérieur des services et des institutions.

2-1. CHAMP D'ACTIVITE A L'INTERIEUR DE L'ANESTHESIE

Le diplôme de Médecin Anesthésiste-Réanimateur (DESAR) valide une formation de haut niveau en 5 ans, et permet un exercice plein et entier de l'anesthésie et de la réanimation. L'évolution des spécialités chirurgicales peut conduire certains MAR à

une sur-spécialisation de fait, mais qui en aucun cas ne doit conduire à une dévalorisation de ce diplôme.

La maquette des stages au cours de la formation initiale, le carnet de stage, prévoient que le DESAR soit confronté à un minimum de pratique obligatoire dans certains domaines particuliers de l'anesthésie réanimation *(pédiatrie, obstétrique notamment)* et sont une très bonne préparation à cet exercice sur-spécialisé

Certaines sur-spécialisations nécessitent pour un plein exercice une formation par compagnonnage, qui doit être reconnue via la FMC. Des diplômes universitaires ou inter universitaires peuvent y contribuer, ce sont des compléments de formation et non un pré requis pour l'exercice. Ils ne sont pas opposables notamment sur le plan réglementaire, ou statutaire. Le CFAR et la SFAR ont rédigé de façon conjointe des textes contributifs aux modalités de maintien des compétences notamment en anesthésie pédiatrique (annexe 7)

La spécialité d'Anesthésie-réanimation est une et indivisible, ce qui n'empêche pas de se sur-spécialiser, et permet un profil de carrière adapté à chaque médecin, socle de l'attractivité de notre spécialité. Les SROSS définissent dans chaque région les établissements qui ont les seuils nécessaires à la pratique de certaines activités. Ces seuils d'activité sont exigibles pour **l'ensemble de l'équipe qui les pratique**, afin de permettre le compagnonnage nécessaire à l'acquisition de certaines compétences sur- spécialisées.

2-2. CHAMP D'ACTIVITE DES ANESTHESISTES-REANIMATEURS A L'INTERIEUR DE LA REANIMATION :

Le passage de la formation spécialisée à 5 ans, justifié par le renforcement de l'enseignement de la réanimation, permet aux anesthésistes-réanimateurs l'exercice aussi bien en réanimation chirurgicale ou spécialisée qu'en réanimation polyvalente. L'activité de réanimation concerne 56% des anesthésistes-réanimateurs dont 53,1% se consacrent à la réanimation chirurgicale, 35,5% à la réanimation polyvalente médicale et chirurgicale, 20,3% à la réanimation spécialisée et 8,7% à la réanimation médicale *(3)*.

En dehors des chambres d'hospitalisations conventionnelles, le décret sur la réanimation (5 avril 2002) prévoit 3 niveaux de soins permettant de rationaliser la prise en charge post opératoire des opérés :

- Surveillance continue impliquant un renforcement du monitorage et des soins infirmiers.
- Soins intensifs accueillant pour une durée brève *(< 72h),* les patients faisant l'objet d'une chirurgie lourde ou présentant un état pathologique pré existant et nécessitant le cas échéant une poursuite momentanée de la ventilation assistée.
- Réanimation en cas de complication et/ou de défaillance multi viscérale nécessitant une prise en charge lourde de plus longue durée.

Les structures de réanimation polyvalente à composante chirurgicale sont dévolues aux patients ayant des facteurs de comorbidités graves, dans les suites de différents

types de chirurgies *(thoracique, abdominale, ...)* tandis que dans les structures hospitalières de plus grandes dimensions des réanimations spécialisées existent après chirurgie cardiovasculaire, neurochirurgie, pédiatrique, ou après urgences traumatiques ou de grands brûlés. Ces unités de réanimation spécialisées sont confiées à des anesthésistes-réanimateurs en étroite collaboration avec des chirurgiens.

2-3. CHAMP D'ACTIVITE DES ANESTHESISTES REANIMATEURS A L'INTERIEUR DES SERVICES CHIRURGICAUX

Le médecin Anesthésiste-Réanimateur a une expertise particulière pour un certain nombre de domaines dans **la médecine péri-opératoire** (analgésie, antibioprophylaxie et thérapie, thromboprophylaxie, désordres métaboliques, nutrition artificielle, défaillances d'organes etc) Cette approche est d'autant plus importante qu'il est reconnu et demandé une continuité des soins (clairement explicitée dans la loi HPST) dans certains secteurs (notamment ambulatoire). De nombreux travaux scientifiques ont démontré qu'une meilleure prise en charge péri-opératoire précoce améliorait le devenir des patients à long terme.
L'organisation des soins péri-opératoires doit se faire en concertation avec les autres intervenants. L'établissement d'une charte d'organisation anesthésico-chirurgicale, portant sur le péri-opératoire, mais aussi sur le partage de moyens afférents, doit être formalisée et entrer dans la procédure de certification.

2-4. CHAMP D'ACTIVITE DES ANESTHESISTES-REANIMATEURS EN MEDECINE D'URGENCE

Historiquement, les anesthésistes-réanimateurs ont été à l'origine de la création des SAMU et dans la plupart des cas de la création de l'enseignement de la médecine d'urgence et de catastrophe.
Actuellement on assiste à l'émergence de la spécialité médicale de Médecine d'Urgence avec l'arrivée des premiers spécialistes issus du DESC de médecine d'urgence ; DESC auquel ont accès les DES d'anesthésie-réanimation mais où la majorité des étudiants proviennent du DES de médecine générale.

La discipline d'anesthésie réanimation continue d'avoir une implication forte en médecine d'urgence, notamment dans les SAMU, où l'expertise du médecin anesthésiste réanimateur est précieuse pour la prise en charge pré-hospitalière des patients les plus graves.

2.5 CHAMP D'ACTIVITE DES ANESTHESISTES-REANIMATEURS DANS LA PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR ET LES SOINS PALLIATIFS

Pour les anesthésistes-réanimateurs, la prise en charge de la douleur ne se limite pas à celle de la douleur post opératoire ou des douleurs aiguës, car nombre d'entre eux consacrent leur activité à l'évaluation et la prise en charge des douleurs chroniques. D'après l'enquête CFAR – SFAR – INED *(3)* le pourcentage de ceux qui exercent à temps plein cette activité peut sembler faible *(0,2%)* mais 6,3% y participent jusqu'à

hauteur de 20% de leur activité et ce sont donc 682 anesthésistes-réanimateurs qui ont une activité dans ce domaine. Dans les sociétés de la douleur, aussi bien au niveau national qu'international, les anesthésistes -réanimateurs constituent de loin la discipline la plus représentée *(60 à 70%)*.
La création de DESC de la douleur et des soins palliatifs, ouverts aux anesthésistes-réanimateurs comme à de nombreux autres DES, devrait faire évoluer cette activité vers la reconnaissance d'une spécialité, l'un des principaux freins actuels étant une rémunération plus adaptée des actes.

2.6 Tous les activités du métier de la discipline (incluant anesthésie, médecine périopératoire, réanimation, douleur chronique et médecine d'urgences) sont retrouvées dans la déclaration « The Helsinki Declaration on Patient Safety in Anaesthesiology » de juin 2010 de l'European Society of Anaesthesiology (annexe 8). Ces documents montrent bien que nos compétences définies ci-dessus sont dans la conformité des règles Européennes.

3. EVOLUTIONS POTENTIELLES DU CHAMP D'ACTIVITE DES ANESTHESISTES-REANIMATEURS

3.1 LES FACTEURS SUSCEPTIBLES DE LE MODIFIER

Parmi les différents facteurs susceptibles de faire évoluer le champ d'activité des anesthésistes – réanimateurs figurent :

- L'évolution démographique.
- Le contexte économique.
- Les modifications de structure des établissements publics ou privés qui en découlent.
- Les anesthésistes réanimateurs eux–mêmes et leurs pratiques.

3.1.1 L'EVOLUTION DEMOGRAPHIQUE : la spécialité d'Anesthésie-Réanimation a été la première à évaluer son évolution démographique (enquête INED/SFAR). Elle a su anticiper et limiter le creux démographique initialement prévu comme dramatique. Il convient donc de continuer cet exercice prospectif : en aucun cas la qualité de la profession ne doit subir le retentissement de contingences de cet ordre.

3.1.2. LE CONTEXTE ECONOMIQUE

Actuellement, l'anesthésie n'est pas dotée d'une tarification spécifique T2A. Dépendant exclusivement de la cotation d'autres spécialités, il est donc impossible de disposer de données économiques propres à sa propre activité. Il est donc urgent que la spécialité exerce une pression coordonnée sur les pouvoirs publics afin de bénéficier des outils de cotation et d'être individualisés au sein des établissements. Cette cotation doit notamment prendre en compte la complexité des actes effectués et la gravite de l'état des patients *(co-morbidités, classe ASA)*.

Le corollaire de cette tarification spécifique est la répartition polaire au sein des établissements. Il est nécessaire donc d'affirmer la nécessité d'une organisation en pôles indépendants au sein de la spécialité afin de lui conserver son poids, et de s'opposer à son éclatement au sein de pôles d'organes.

Enfin, dans le contexte économique actuel, la spécialité rappelle la nécessité de regroupement des plateaux techniques et d'une gestion cohérente notamment des blocs opératoires, impliquant les acteurs, afin de limiter les gaspillages de temps médical, et redonner ainsi une attractivité à la profession. Les organisations doivent partout respecter les principes d'autonomie de décision de chacun et d'organisation du travail, socle du métier de médecin. Tout ce qui conduit à la déprofessionnalisation de notre métier doit être identifié et rejeté.

3.1.3 LES ANESTHESISTES-REANIMATEURS : Quelle qualité ensemble ?

Les Anesthésistes-Réanimateurs se sont préoccupés depuis longtemps de l'amélioration de leurs pratiques, leur société scientifique (*SFAR)* ayant produit un nombre considérable de recommandations, consensus, conférences d'experts constituant autant de référentiels de bonne pratique. Le Collège Français des anesthésistes – réanimateurs (*CFAR)* réunissant l'ensemble des composantes de la discipline, a été créé en 1994. Il comporte une gouvernance scientifique (SFAR, Collège des enseignants) et une gouvernance professionnelle (totalité des organisations socio-professionnelles). Il constitue donc un véritable Collège National de Professionnels.

Après avoir été parmi les premières disciplines à organiser la FMC, en labellisant les actions de formation et permettant le recueil des points de crédits, le CFAR a été reconnu par la HAS comme organisme agréé *(OA)* pour l'Evaluation des Pratiques Professionnelles *(EPP)* en janvier 2006 et l'accréditation des médecins en juin 2007. A ce titre, il a élaboré le référentiel risque de la spécialité en collaboration avec le comité d'analyse et de maîtrise du risque de la SFAR et organisé le fonctionnement du dispositif dans sa globalité. Le CFAR avec l'appui du Comité des référentiels de la SFAR produit de nombreux programmes d'EPP validés par la HAS. Le CFAR est un organisme agréé pour la FMC des médecins libéraux, hospitaliers et salariés non hospitaliers depuis juillet 2007. Cet agrément s'étend aux formations qu'il organise ou à celles proposées par les organismes qui lui sont affiliés.
La représentativité du CFAR et son organisation (triple OA) lui permettront de répondre aux critères définis par la loi HPST pour accompagner le développement professionnel continu (DPC) des Anesthésistes Réanimateurs associant EPP et FMC. L'implication de l'anesthésie-réanimation dans l'évaluation de la qualité des soins et dans la gestion des risques doit privilégier l'intégration des AR dans les institutions chargées de ces dossiers dans les EPS, conformément aux nouvelles attributions permises aux médecins et aux CME par la loi HPST.

Au fil des ans, la discipline d'Anesthésie-Réanimation a développé une organisation globale, qui a permis une diminution par 10 des décès de cause anesthésique. La pénurie des ressources humaines ou l'étranglement budgétaire des Etablissements ne peut remette en cause ces acquis sécuritaires, certaines propositions palliatives étant

susceptibles d'hypothéquer gravement la qualité et la sécurité des soins. Au contraire, le développement de la spécialité vers une prise en charge péri opératoire en cours de définition doit être l'occasion de renforcer les effectifs, tant est grande la différence entre les bons résultats de la morbi-mortalité de cause anesthésique per-opératoire et les résultats médiocres de la mortalité postopératoire.

3.2 LES EVOLUTIONS POSSIBLES DU METIER

Plutôt que tenter de modifier la trajectoire démographique, différents moyens ont été suggérés pour pallier la pénurie d'anesthésistes-réanimateurs annoncée :

- transfert de compétences vers d'autres disciplines médicales
- transfert de tâches à d'autres professionnels de santé

3.2.1 TRANSFERT DE COMPETENCES VERS D'AUTRES DISCIPLINES MEDICALES

Le transfert de compétences anesthésiques vers d'autres disciplines médicales est récurrent depuis de nombreuses années. Il concerne principalement la sédation pour des actes relativement brefs et peu douloureux. Il fait l'objet de demandes émanant des gastro-entérologues pour les endoscopies digestives, des radiologues et cardiologues pour la pratique de l'imagerie interventionnelle, des urgentistes pour l'anesthésie sur le site d'accidents. La SFAR a réalisé plusieurs conférences d'experts sur la pratique de la sédation et/où d'analgésie et sur l'utilisation des techniques d'anesthésie et d'anesthésie locorégionale par des médecins non spécialisés en anesthésie – réanimation dans le cadre des urgences, en pratique extra hospitalière. Un texte concernant la sédation dans les secteurs d'endoscopie digestive et/ou de radiologie interventionnelle est en cours de rédaction.
Les recommandations sont très prudentes. Elles sont encadrées notamment de conditions rigoureuses de formation préalable à ces techniques sous le contrôle d'anesthésistes-réanimateurs. Ces propositions seront-elles intégrées aux nouvelles règles de coopération interprofessionnelle ?

3.2.2 REPARTITION DES TACHES AVEC D'AUTRES PROFESSIONNELS DE SANTE

Le métier d'IADE a été conçu et créé, et la formation initiale assurée, pour permettre ces délégations de tâches ou pratiques avancées, sans pour autant démédicaliser l'acte d'anesthésie. L'anesthésie-réanimation est la seule spécialité à s'être engagée sur le chemin des pratiques avancées, sans mettre en péril la sécurité des patients, au contraire, en l'améliorant.

Les anesthésistes-réanimateurs confient aux IADE de nombreuses tâches que ce soit en anesthésie, réanimation ou médecine d'urgence. Un décret de compétence encadre les tâches qui peuvent être confiées aux IADE. Les pratiques déviantes donnant un exercice aux IADE en dehors de leur décret de compétences ne peuvent être cautionnées et sont dénoncées par la spécialité. Elles induisent un risque non

négligeable pour le patient, exposent au risque médico-légal, et sont clairement une rupture de contrat moral conclu entre le médecin et son patient. Le partage des tâches au sein de l'équipe d'anesthésie est possible, l'acte anesthésique, restant un acte médical avec la responsabilité qui s'y attache. La plus ou moins grande autonomie de l'IADE dans le déroulement de l'acte, sont déterminées par le niveau de complexité de l'intervention projetée, le degré de gravité de la pathologie et l'état antérieur du patient.
Si le métier d'IADE doit évoluer, ce doit être dans des directions nouvelles non contradictoires avec les obligations morales, techniques et scientifiques des médecins anesthésistes-réanimateurs.

3.2.3 REGLES DE REPARTITION DU TRAVAIL SUR PLUSIEURS SALLES INTERVENTIONNELLES

Le médecin anesthésiste-réanimateur doit gérer son programme interventionnel en collaboration avec les équipes chirurgicales. Il peut être conduit à travailler sur plusieurs salles. Dans cette situation, à lui d'identifier les horaires de non chevauchement des temps importants de son acte anesthésique dont il a la responsabilité. Pour mener à bien une activité partagée, il a besoin d'être aidé par un personnel hautement qualifié dans la surveillance du patient et dans la bonne gestion sécuritaire de la technique anesthésique prodiguée. C'est ainsi que la surveillance d'un patient, pendant une partie de la période per opératoire, peut être confiée à un IADE, à condition que le terrain et le type d'intervention le permettent, sans nuire à la sécurité des patients. La règle intangible doit être la disponibilité à tout moment, sans délai, d'un médecin anesthésiste-réanimateur.
Tout patient anesthésié doit faire l'objet d'une surveillance constante par un professionnel de l'anesthésie. On ne saurait imposer au médecin anesthésiste réanimateur d'entreprendre plusieurs anesthésies simultanément, ni être responsable de plus de deux salles interventionnelles en même temps. Cette responsabilité doit être évaluée par lui-même, avec possibilité d'un droit de retrait, en fonction du type d'intervention et de la gravité du patient. Cette organisation du travail sous-entend obligatoirement que la programmation opératoire se fasse en concertation avec tous les acteurs, soit respectée, et évaluée. La coordination des BO doit être obligatoire, sa composition comporte un anesthésiste-réanimateur, et la charte du BO envisage clairement les problèmes de la charge de travail des AR et de son organisation.

3.2.4. ATTRACTIVITE DES CARRIERES DE MEDECIN ANESTHESISTE-REANIMATEUR

Le métier d'anesthésiste-réanimateur est soumis à de fortes pressions en termes de pénibilité, de charge de soins, d'interactions face à d'autres spécialités. Si la spécialité veut rester attractive, si l'on veut assurer des organisations soucieuses de la qualité des soins, du développement du bien-être professionnel, des besoins de sécurité et de sérénité, il est nécessaire de prendre en compte les évolutions sociétales de respect du temps de travail réglementaire, de la reconnaissance du travail effectué en période de permanence des soins, et de demande d'autonomie de réflexion, de décision et de prévention du stress au travail.

Il est nécessaire de respecter les données scientifiques et réglementaires concernant l'impact de la durée du travail sur la santé et le bien-être professionnel mais aussi sur la qualité et la sécurité des soins. Les besoins propres à l'exercice du métier de médecin doivent être respectés. Les pouvoirs publics et directions d'établissement doivent se saisir de cette problématique, notamment de la gestion des blocs opératoires qui doit obéir à des règles fonctionnelles et transparentes. Les risques professionnels doivent être reconnus et prévenus par la mise en œuvre de politiques d'établissement associant les acteurs du bloc opératoire au sein d'un « comité d'hygiène professionnelle au bloc opératoire». Des indicateurs pertinents peuvent être déterminés pour assurer la qualité de l'exercice professionnel (durée d'exposition en salle, taux de rotation des effectifs médicaux et paramédicaux, taux d'infections, etc.) Les tableaux de service sont une nécessité pour l'organisation interne, ils doivent être transparents.
Il est nécessaire que le médecin anesthésiste-réanimateur bénéficie de temps pour sa formation médicale continue et son développement professionnel continu.

CONCLUSIONS

La discipline d'anesthésie-réanimation est en profonde mutation. Son cœur de métier associe l'anesthésie à la réanimation et engage ces deux composantes à initier la promotion d'une nouvelle discipline : la médecine péri-opératoire. Les évolutions nécessaires doivent garder au centre de la réflexion les garanties sécuritaires et de qualité obtenues ces dernières années. L'attractivité de la spécialité dépend d'une réflexion sur la profession, ses garanties d'autonomie, la limitation des contraintes extérieures, la reconnaissance des engagements de chacun. L'organisation en pôles d'anesthésie-réanimation, l'acquisition d'une tarification spécifique, un engagement sur une gestion efficiente des blocs opératoires, sont les conditions d'un fonctionnement satisfaisant.

La formation initiale de haut niveau permet un exercice complet, les sur spécialisations ne nécessitent pas de formation complémentaire opposable, même si une spécificité, des réunions, des sociétés, des publications y sont attachées.

Les contraintes économiques et démographiques ne doivent pas modifier le niveau de sécurité obtenue, même si une réflexion sur les organisations est nécessaire.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. ***Le contenu du métier de médecin***. Rapport de la Commission Nationale permanente du 30 juin 2007.

2. ***Recommandations concernant les relations entre Anesthésistes-Réanimateurs et Chirurgiens, autres spécialistes ou professionnels de santé.*** Conseil de l'Ordre des Médecins Edition Décembre 2001, pp 20.

3. ***Les médecins Anesthésistes-Réanimateurs en France en 1999. premiers résultats de l'enquête démographique nationale CFAR – SFAR – INED***. Pontone S, Brouard N, Scherpereel P, Boulard G, Arduin P, et le groupe de projet CFAR – SFAR – INED. Ann Fr Anesth Réanim 2002 ; 21 : 1-28.

4. ***Anesthesia workforce in Europe***
   Egger Halbeis CB, Cvachovec K, Scherpereel P, Mellin-Olsen J, Drobnik L, Sondore A. Eur J Anesthesiol 2007; 24: 991 –1007.

5. ***The evolution of human ressources needs in Europe***. Scherpereel P, Sondore A. Best Pract Res Clin Anesthesiol. 2002; 16: 443-57.

6. ***A series of anesthesia-related maternal deaths in Michigan, 1985-2003.*** Mhyre JM, Riesner MN, Polley MS, Naughton NN**.** Anesthesiology 2007; 106: 1096-104.

7. ***Etude prospective des métiers sensibles de la fonction publique hospitalière.*** Editions ENSP, 2007.

REFERENCES INTERNET

- ***Site de la SFAR – Référentiels***
www.sfar.org

- ***Site du Conseil National de l'Ordre des Médecins – démographie – référentiels***
www.conseil-national.médecin.fr

- ***Site du CFAR – Formation initiale et continue EPP***
www.cfar.org

Site de la Mission Nationale d'Expertise et d'Audit Hospitaliers
www.meah.sante.gouv.fr

ANNEXES

1. ANNEXE 1 : Arrêté du 20 juin 2002
2. ANNEXE 2 : Arrêté du 28 juin 2007
3. ANNEXE 3 : Enseignement d'anesthésie-Réanimation
4. ANNEXE 4 : Directive 2005/36
5. ANNEXE 5 : Training Guidelines in Anaesthesia of the EBA
6. ANNEXE 6 : Circulaire n° DHOS/M/2007/61 du 7 février 2007
7. ANNEXE 7 : Maintien des Compétences en anesthésie pédiatrique ADARPEF-CFAR-SFAR
8. ANNEXE 8 : The Helsinki Declaration on Patient Safety in Anaesthesiology