



ASSEMBLÉE NATIONALE

12ème législature

établissements privés

Question écrite n° 69407

Texte de la question

M. Damien Meslot attire l'attention de M. le ministre de la santé et des solidarités sur les préoccupations des cliniques et des médecins libéraux suscitées par une publication de la société française d'anesthésie réanimation (SFAR). En effet, dans son bulletin n° 2 d'avril 2005, la SFAR recommande deux schémas types d'équipes d'anesthésistes devant réaliser l'anesthésie en salle. Les schémas types d'équipes d'anesthésistes proposés seraient constitués d'un médecin anesthésiste réanimateur (MAR) et d'une infirmière anesthésiste diplômée d'État (IADE) pour les actes de la liste 1, ou bien alors d'un médecin anesthésiste réanimateur supervisant deux salles avec une IADE par salle pour les actes de la liste 2, dans le second cas. Bien que cette société reconnaisse que ce schéma n'est pas possible dans l'immédiat eu égard à la démographie professionnelle tant des MAR que des IADE, elle précise que la pratique actuelle fait néanmoins courir un risque non négligeable. Cette position prise par la SFAR, si elle devient à court terme la référence officielle, est susceptible d'avoir des conséquences immédiates sur l'organisation de l'offre de soins en général et plus particulièrement sur l'offre des établissements privés. Après cette publication de la SFAR, est-il encore possible d'envisager l'anesthésie telle qu'elle est réalisée actuellement dans les établissements privés sans risquer une absence de couverture en responsabilité des compagnie d'assurance en cas d'accident tant pour les cliniques que pour les MAR ou les chirurgiens ? Si la réponse est négative, compte tenu de la démographie médicale et paramédicales qui ne leur permettrait pas d'adapter les effectifs des MAR et IADE aux récentes recommandations de la SFAR, elle entraînera pour les établissements privés une régression d'environ 30 % de l'activité chirurgicale actuelle et la suppression de certaines activités qui y sont réalisées. En outre, cette baisse d'activité ne permettrait plus de couvrir les charges fixes des établissements privés et provoquerait de fait, à court terme, une disparition pure et simple de celui-ci. La baisse en parallèle des revenus des médecins anesthésistes réanimateurs par application d'une tarification différente selon les actes des listes 1 ou 2 ne fera qu'amplifier le mouvement par un départ de ceux-ci vers des établissements plus attractifs, voire hors de nos frontières. Dans les centres hospitaliers universitaires (CHU), si en théorie, le nombre d'anesthésistes est supérieur au nombre de salles d'opération, il n'en est rien dans les centres hospitaliers généraux ou locaux. Pour l'ensemble des hôpitaux publics, compte tenu des contraintes légales horaires, et des temps de consultation le schéma préconisé par la SFAR n'est pas plus envisageable dans ce secteur. Il paraît donc nécessaire de mesurer les effets des recommandations de la SFAR sur le fonctionnement des blocs opératoires des établissements hospitaliers privés alors que ces derniers assument plus de 65 % de la chirurgie en France. Il est d'autre part indispensable d'éviter des interprétations tendancieuses de description de fonctionnement différent de l'anesthésie entre les secteurs public et privé, alors que nos cliniques, au cours des vingt dernières années, sont devenues dominantes en chirurgie et sont de fait des acteurs majeurs dans la diminution par dix de la mortalité anesthésique. La recherche d'une sécurité toujours plus grande, si elle est parfaitement louable et légitime, ne peut être décidée en négligeant la réalité des contraintes démographiques concernant tant les MAR que les IADE et en négligeant les aspects financiers. C'est pourquoi, il lui demande de bien vouloir lui faire part de son sentiment sur cette recommandation de la SFAR et de rassurer les équipes dirigeantes des établissements hospitaliers privés sur ce point précis.

Texte de la réponse

Les recommandations émises par la Société française d'anesthésie et de réanimation (SFAR) dans son bulletin n° 2 d'avril 2005 sont des recommandations de bonnes pratiques et non des normes. Elles s'adressent à l'ensemble des professionnels de santé, tous secteurs confondus. Il convient de rappeler que les normes de fonctionnement applicables à la pratique de l'anesthésie sont issues du décret n° 94-1050 du 5 décembre 1994, codifié aux articles D. 6124 à D. 6124-103 du code de la santé publique. Ce décret, qui définit les différentes étapes de l'anesthésie, de la consultation préanesthésique - à la surveillance continue postinterventionnelle, prévoit notamment que les établissements de santé doivent assurer une organisation permettant de faire face à tout moment à une complication liée à l'intervention ou à l'anesthésie effectuées. Cependant, les normes techniques de fonctionnement relatives aux activités de chirurgie sont actuellement parcellaires. Le processus de leur révision vient de débuter. Il est naturellement mené en concertation étroite avec les professionnels de santé, et notamment les fédérations représentatives des cliniques privées, dont la contribution à ces activités est essentielle au secteur de la santé.

Données clés

Auteur : [M. Damien Meslot](#)

Circonscription : Territoire-de-Belfort (1^{re} circonscription) - Union pour un Mouvement Populaire

Type de question : Question écrite

Numéro de la question : 69407

Rubrique : Établissements de santé

Ministère interrogé : santé et solidarités

Ministère attributaire : santé et solidarités

Date(s) clé(s)

Date de signalement : Question signalée au Gouvernement le 23 mai 2006

Question publiée le : 5 juillet 2005, page 6569

Réponse publiée le : 30 mai 2006, page 5711