

Évolutions du métier de médecin Anesthésiste-Réanimateur exerçant à l'hôpital Public

Evolution of Anesthesiologist practicing in public hospitals according to years

Nadia ROSENCHER

Résumé

1. Les faits

- a. Salaire des PH était la moitié de celui du privé en 1990, le tiers en 2010 et le quart aujourd'hui
- b. Postes vacants ce jour 27% entraînant fermeture de lits et salles d'opération partout et recrutement de médecins étrangers hors Europe même quand ils sont recalés aux EVC (Épreuves de Vérification des Connaissances). Et donc, demande des intérimaires médicaux permettant des revenus bien supérieurs
- c. Apparition en 2003 des 35H en France et pour les MAR 39H, donc 20j de RTT avec 48H maximum, garde comprise
- d. Augmentation de la pression administrative avec beaucoup de réunions, rédaction de projets pour avoir un matériel...
- e. La mortalité aujourd'hui est essentiellement postopératoire (ratio 1/1000 entre Bloc et postop), donc importance d'un suivi médical postopératoire
- f. Réduction des effectifs progressivement liée à une demande accrue d'actes d'anesthésie dans les autres services (Cardio interventionnelle avec TAVI... Radio, gastro-entérologie, pneumo...) et départ ou mise à disposition de beaucoup de PH pour faire de l'intérim médical)
- g. Ratio chirurgiens/ Anesthésistes reste un problème majeur, important pour libérer du temps hors bloc
- h. Seuls très peu de PH bénéficient d'un bureau dans la proximité des blocs opératoires et pourtant les publications émanant des PH étaient les plus importantes, avec un ratio de 2-3 PU-PH/ 40-50 PH
- i. La crise du COVID a montré la mobilisation totale des MAR, transformant en réanimation tous les lits de SSPI... et permettant de faire face à l'afflux de patients COVID

2. Comment recruter, attirer, et fidéliser les MAR

a. Organisation et polyvalence du MAR

Un planning de façon pérenne sur 1 an ou plus avec des jours de bloc fixes, dans les salles déterminées, permettant de voir en consultation les patients que l'on va anesthésier et surtout incitant à un suivi postopératoire, en travaillant le plus souvent avec les mêmes chirurgiens. Organisation permet ainsi de déterminer le temps de bloc pour permettre des activités autres, staff, enseignement, recherche clinique

b. Poussez les pouvoirs publics à avancer sur les unités de « soins renforcés » devenant indispensables. La mise en place ou le maintien de ces unités au cœur des secteurs de soins chirurgicaux ou médicaux spécialisés, appuyée sur une adaptation de l'article D 6124-117 du Code de la sante? publique, serait une façon de mieux répondre aux besoins de soins, en mode habituel d'activité? et en situation de crise. Ce type d'unités se caractérise par un nombre adapté? de lits permettant une prise en charge de courte durée pour des malades, ayant subi des gestes opératoires complexes, réclamant une surveillance étroite et des soins post-opératoires spécifiques, mais dont l'état est stable, sans défaillance viscérale aiguë?, donc sans besoin d'une hospitalisation en soins critiques.

c. Augmenter les salaires par l'intermédiaire des gardes et astreintes pour éviter d'augmenter le salaire de tous les PH de l'hôpital (cardio, pneumologues...) qui n'ont pas ou peu de problème de recrutement

d. Respect et communication sont indispensables au bon fonctionnement en équipe en fournissant par exemple des bureaux aux médecins à proximité des blocs

e. Délégation d'activité médicale déjà accordée en opposition avec transfert des tâches

f. Secteur 2 pour tous les médecins ?

Abstract

1. The facts

- a. Physician's salaries were half those in the private sector in 1990, a third in 2010 and a quarter today.
- b. Vacancies currently reach up to 27%, leading to the closure of beds and operating theatres everywhere and the recruitment of foreign doctors from outside Europe, even when they fail the exam to control their knowledge. The emergence of and

demand for temporary medical staff, who can earn much higher incomes.

c. The introduction in 2003 of the 35-hour working week in France and the 39-hour working week for Anesthesiologists, which means 20 days' leave with a maximum of 48 hours, including on-call duty

e. Increased administrative pressure with many meetings, drafting of projects to obtain equipment, etc.

f. Mortality today is essentially postoperative (ratio 1/1000 between block and post-op), so the importance of postoperative medical follow-up.

g. Staff numbers are gradually being reduced due to increased demand for anesthetic procedures in other departments (interventional cardiology with TAVI, radiology, gastroenterology, pneumology, etc.) and the departure or secondment of many physicians to work on an interim basis.)

h. The ratio of surgeons to anesthesiologists remains a major problem and is important for freeing up time outside the OR.

i. Only very few physicians have an office close to the operating theatres, yet publications by PHs were the most important, with a ratio 0.4% of University Physicians

j. The COVID crisis demonstrated the total mobilization of the MARs, transforming all the SSPI beds into intensive care units... eg. and making it possible to cope with the influx of COVID patients.

h. Only a handful of Hospital Physician have an office close to the operating room, yet publications were the most important. (with a ratio of 2-3 University Physician / 40-50 Hospital Physicians)

2. How to recruit, attract and retain Anesthesiologists

a. Organization and versatility of anesthetist's work

A permanent schedule over 1 year or more with fixed days in the operating theatre, in specific rooms, enabling the patients to be seen in consultation and above all encouraging postoperative follow-up, by working with the same surgeons most of the time. This organization makes it possible to determine the block time to allow other activities, staff, teaching, clinical research, etc. to be carried out.

b. Urge the public authorities to move forward with "enhanced care" sectors, which have become essential. The establishment or maintenance of reinforced care units at the heart of the surgical or specialized medical care sectors, based on an adaptation of article D 6124-117 of the Public Health Code, would be a way of better responding to the care needs, both in the usual mode of activity and in crisis situations. This type of unit is characterized by an adapted number of beds allowing short-term care for patients who have undergone complex surgical procedures and require close monitoring and specific post-operative care, but whose condition is stable, without acute visceral failure, and therefore without the need for hospitalization in critical care units.

The establishment or maintenance of reinforced care units at the heart of the surgical or specialized medical care sectors, based on an adaptation of article D 6124-117 of the Public Health Code, would be a way of better responding to the care needs, both in the usual mode of activity and in crisis situations.

This type of unit is characterized by an adapted number of beds allowing short-term care for patients who have undergone complex surgical procedures and require close monitoring and specific post-operative care, but whose condition is stable, without acute visceral failure, and therefore without the need for hospitalization in critical care units.

c. Increase salaries through on-call duty to avoid increasing the salaries of all hospital Anesthesiologists (cardiologists, pneumologists, etc.) who have little or no recruitment problems.

d. Respect and communication are essential to good teamwork, for example by providing doctors with offices close to the operating theatres.

e. Delegation of medical activity already granted as opposed to transfer of tasks, which lead to increase morbidity to diagnostic delay

f. Sector 2 for all doctors?