

**COMPTE-RENDU DE LA REUNION
DU GROUPE DE TRAVAIL SUR LA DEMOGRAPHIE
MEDICALE HOSPITALIERE**

tenue le mardi 20 mars 2001 au ministère de l'emploi et de la
solidarité

THEME/ Déplacement des actes, glissement des tâches, formation DES.

Présents : Pr G. Nicolas, Pr Guy (pour les pdts de CME), Dr JCDucreux (pour la FHF), Dr J.Garric (pour l'INPH), Dr Fraysse (Réanimateur), Drs ElHaddad et Wagner (pour le SNAM), Dr F.Aubart (pour la CMH) Drs Leborgne et Brodeur (pour la CHG) + Mme Duret(DH).

1. Présentation d'une « note personnelle » de F. Aubart (F.A.) (rédigée après conversations avec sage-femmes, IADE, des hôpitaux d'Argenteuil, d'Eaubonne et l'obstétricien Dr Dauphin). Sa problématique est de prendre acte du problème de la démographie médicale, de mettre au service du patient les meilleurs « professionnels », tout en comparant ce qui se fait en France avec ce qui se fait à l'étranger. Il constate par ailleurs que la formation initiale du médecin permet de prétendre à « l'universalité du diplôme », et que la formation initiale des « professionnels » augmente en durée.

Cette note personnelle va ouvrir le débat :

- J.Garric fait remarquer avec force que **le transfert de responsabilité** et de fonction d'un médecin à un autre est différent du transfert de médecin à infirmière, que les **IADE refusent le statut d' « officier de santé »**, qu'une IADE est une spécialiste qui aide mais qui ne peut pas être responsable de l'anesthésie, laquelle revient au MAR, de la consultation à la salle de réveil. Il citera des **exemples étrangers** où les IADE sont plus « responsabilisés » (Suède, USA) sans qu'à son souvenir il y ait certitude d'augmentation de la mortalité ou de la morbidité lors des soins.
- J.B. fera ensuite remarquer que l'économie de temps médical obtenu par le transfert proposé des tâches médecin → IADE sera peu important par rapport à **d'autres mesures permettant une économie de temps médical** comme la restructuration des blocs op (point déjà abordé par J.Garric), des programmes opératoires, le recentrage sur les métiers de l'A.R., l'amélioration des carrières et des conditions de travail propres à susciter des vocations. Il est aussi fait mention de **la « culture médicale »** acquise au cours d'études longues que ne peut pas remplacer une formation professionnelle d'IADE et particulièrement utile pour l'analyse de problèmes peri-opératoires. Enfin, il est précisé **qu'aucune décision ne peut être envisagée sans avis** du Conseil de l'Ordre, du législateur et des services juridiques des assurances des professionnels et des institutions, et du Collège (CFAR).
- JCD renchérit sur « **les bonnes conditions de travail au bloc** » (« et les MAR y resteront »), se demande si la **délégation** permet un maintien de la qualité, constate que la délégation existe déjà sur des personnes que l'on connaît et permet à un MAR d'assurer 2 salles de manière courante. Par ailleurs, il affirme la nécessité d'une équipe MAR-IADE travaillant avec l'équipe chirurgicale.

- Pr Guy propose un **audit**, une simulation de fonctionnement, qui permette d'évaluer « les possibilités d'offre de soins par les AR, et d'y adapter la satisfaction des besoins » ; ainsi verra-t-on quel est le « Δ » par rapport à la réalité.
- Mr Wagner ne se prononce pas in abstracto contre la délégation et cite l'exemple de la « perfusion » autrefois une prérogative médicale, **délégation qui permet de faire autre chose et mieux**. Par contre, il se prononce contre ce qui est proposé qui a pour but de diminuer notre volume de travail (exemple des nurse practionners aux USA un temps autorisées à faire des coloscopies jusqu'à ce qu'il soit démontré que le taux de perforations coliques était supérieur à celui des colo faites par les gastros), ou à répondre au problème de la démographie médical
- Dr ElHaddad pense que l'on ne peut gagner qu'un **petit Δ au prix d'un bouleversement culturel**, que la substitution des paramédicaux **concerne toutes les disciplines** et s'accompagne d'une « **restructuration des lits** », qu'il faut recentrer vers la « vraie formation » et « mesurer ce qui peut être délégué ».
- Dr Fraisse pense que si « transfert des tâches » il y a, il faut une **formation complémentaire** au delà du diplôme d'état, une **labelisation** et une officialisation des compétences (avec le risque de voir réclamer une grille salariale spécifique), et un **partage du risque médico-légal**.
- Mme Leborgne pose le **problème du recrutement des IADE**, qui sont en sous-effectif aussi.

F.Aubart tente une réponse en se plaignant du « leit-motiv » des restructurations et de l'optimisation du fonctionnement des blocs op. qui, selon lui, ne suffisent pas à résoudre le problème de la démographie médicale.

Il affirme que le maintien et même l'amélioration de la qualité des soins passe par la **formation, la labelisation, l'évaluation des « professionnels » aux actes délégués**.

Il finit en affirmant que la notion d'équipe n'existerait plus.

**Pr Nicolas conclut : restructurer les activités dans les établissements ;
Recentrer l'activité sur la qualité
Améliorer l'organisation (un médecin anesth/2 salles)**

Conclusion personnelle : « brain-storming » à la DH

Aucune décision ferme de prise sauf, peut-être celle du principe d'un audit pour évaluer la lourde tâche des MAR, mais sans concrétisation dans la méthode ;
Permet à tous de se connaître, et peut-être à la DH de nous balader !

Dr J. Brodeur

