



# **GLISSEMENT DE TÂCHES EN ANESTHÉSIE : DÉFINITIONS ET LIMITES**

## **Michel Dru**

Service d'anesthésie-réanimation chirurgicale-SAMU-SMUR 94, Hôpital Henri Mondor, 51 avenue de Lattre de Tassigny, 94010 Créteil cedex, France

## **INTRODUCTION**

Les termes « glissement de tâches », « transfert de compétences », « délégation de compétences », et depuis peu « compétences élargies » sont apparus récemment dans le vocabulaire hospitalier français. Il s'agit implicitement de confier à des acteurs non médecins des tâches effectuées habituellement par des médecins. En anesthésie, le plus souvent, on entend par ces termes un glissement de tâches du médecin anesthésiste-réanimateur vers l'infirmier anesthésiste. Les limites de ce transfert doivent prendre en compte la formation des IADE et son rôle défini par le décret de compétence du 11 février 2002.

## **1. DÉFINITIONS**

Le glissement de tâches est donc la réalisation de certains actes médicaux par des acteurs non médecins, la place du praticien auprès du malade restant la même, responsable et irremplaçable. Cette notion n'est pas retrouvée dans les textes officiels. La loi du 9 août 2004 préfère l'expression « coopération entre les professions » [1]. Ce texte prévoit, dans son art. 131, des possibilités de transferts de compétences entre professions médicales et d'autres professions de santé dont les modalités sont précisées par arrêtés du 13 décembre 2004 [2] et du 30 mars 2006 [3]. Ont été mises en place, dans des services et des établissements, des expérimentations dont la nature et la durée ont été fixées. Elles sont au nombre de 15 (dont deux concernent médecin et infirmier) parmi lesquelles le même type d'actes transférés sont retrouvés : la mise en place de consultations avec examen clinique du patient, interrogatoire, évaluation de la situation clinique du patient et diagnostic de la situation, prescriptions d'examens complémentaires, information et éducation sur la pathologie et le traitement, reconduction ou adaptation du traitement, prescription encadrée de médicaments spécifiques, mise en place pour le patient de structures de soins adaptées et de coordination. Il s'agit d'un dispositif qui se concrétise peu à peu

à la suite de la prise de conscience d'une démographie médicale prévisionnelle catastrophique. Récemment, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007 [4] a prévu également des transferts de compétences des médecins vers les infirmiers (art. 51), des ophtalmologistes vers les orthoptistes et les opticiens-lunetiers (art. 54) et des médecins vers les pharmaciens (art. 64). Cette procédure qui tait son nom, de façon officielle, est donc bien en marche tant à l'étranger qu'en France.

### **1.1. EXPÉRIENCES ANGLO-SAXONNES**

Les expérimentations et les recherches, en matière de glissement de tâches, se sont développées surtout dans les pays anglo-saxons. En effet, dès les années soixante, aux Etats-Unis, certains actes réalisés traditionnellement par les médecins généralistes ont été transférés aux infirmiers. Le Royaume-Uni a suivi cette voie une dizaine d'années plus tard. Ces compétences élargies se divisent en 2 modes :

- La délégation/substitution traduit le transfert de tâches antérieurement réalisées par une catégorie de professionnels à une autre catégorie de professionnels. Par exemple, certaines infirmières aux Etats-Unis et au Royaume-Uni peuvent prescrire des médicaments inscrits sur une liste restreinte.
- La diversification traduit un phénomène d'extension des services offerts par le système de soins primaires, grâce au recrutement de nouveaux professionnels. Cette tendance est d'autant plus forte au Royaume-Uni qu'il n'y a pas de spécialistes de ville. Par exemple, de nombreux cabinets britanniques ont embauché un professionnel (counsellor) dont la tâche principale est d'apporter un soutien psychologique aux patients, en particulier dans les cas de dépression et d'anxiété.

Les infirmières à compétences élargies ont reçu une formation complémentaire : formation académique et/ou apprentissage auprès d'une infirmière à compétence élargie ou auprès d'un médecin généraliste. Malgré les différentes qualifications anglo-saxonnes, pour des raisons de facilité, le terme « infirmière » est utilisé ici d'une façon générale, sans distinction : les « practice nurses » sont les infirmières qualifiées, salariées par les cabinets de soins. Elles peuvent suivre des formations pour des prises en charges spécifiques ; les « nurses practitioners » (infirmières praticiennes) sont des infirmières qualifiées ayant suivi une formation qui leur permet de travailler de manière autonome, tant sur le plan diagnostique que thérapeutique. Elles peuvent en particulier être amenées, au cours d'une consultation, à proposer une prescription qui, jusqu'à récemment, devait être signée par un médecin.

Des infirmières praticiennes ont été comparées à des médecins dans un contexte de soins ambulatoires où les deux groupes de professionnels ont le même niveau d'autorité, de responsabilité, d'exigences de productivité et de responsabilités administratives. Les résultats montrent que la santé des usagers et leur degré de satisfaction à l'égard des deux groupes professionnels sont comparables [5]. Aux USA, l'infirmière praticienne s'est hissée en première ligne et s'est imposée face à la distribution inégale des soins sur l'ensemble du territoire d'une part et par le rapport coût/efficacité beaucoup plus intéressant sur le marché des soins. Il existe une autre catégorie de professionnel de santé : le « physician assistant », une profession essentiellement représentée outre-Atlantique où l'on estime leur nombre à environ 50 000. Ces infirmiers ou

paramedics, après avoir exercé au moins deux ans au contact du malade, suivent une formation en médecine de 24 à 26 mois. Ils pratiquent, une fois diplômés, sous la responsabilité d'un médecin, dans les limites autorisées par la loi. En général, les « physician assistants » (P. A.) peuvent réaliser environ 80 % des actes effectués par un médecin généraliste (examen clinique, diagnostic médical, mise en œuvre d'un schéma thérapeutique, prescription et interprétation des examens complémentaires, sutures de plaies, aide opératoire). L'étendue de l'exercice du P. A. correspond à la pratique du médecin responsable. Ainsi, le P. A. travaillant avec un chirurgien (environ 23 % d'entre eux) devra connaître les techniques chirurgicales, prodiguer des soins pré- et postopératoires et être capable de réaliser certains examens et protocoles.

Ces différentes délégations d'actes médicaux à l'étranger nous paraissent plus difficiles à appliquer car nous n'en connaissons pas d'équivalents en France. Ces formes de collaborations nécessiteraient donc la création de nouveaux métiers et enseignements spécifiques.

## 1.2. PERSPECTIVES FRANÇAISES

Le développement de ces types de coopération s'est opéré aux USA, dans les années 1960-1970, face à la diminution du nombre de médecins et leur répartition inégale sur le territoire. En France, la situation apparaît d'emblée différente car la réflexion se développe sur fond de pénurie non seulement de médecins mais aussi d'infirmières.

Après un premier rapport alarmant sur la démographie médicale en novembre 2002 [6], le Pr. Y. Berland a rendu au ministre de la santé, J. F. Mattéi, en octobre 2003, un second rapport sur la coopération des professionnels de santé dans lequel il évoque le transfert de tâches et de compétences [7]. Le Pr. Y. Berland suggère également de créer de nouveaux métiers de soins, aptes à soulager les médecins d'une partie de leur charge : infirmières cliniciennes spécialistes pour participer au suivi en consultation de maladies chroniques, coordonner les examens de suivi, suivre la bonne exécution des traitements..., diététiciens de soins pour prendre en charge sur prescription médicale des carences d'apports ou apports inadaptés à une situation médicale, des psychologues praticiens afin d'assurer une part de l'activité des psychiatres. Ces propositions sont à l'origine des décrets précédemment cités. Le Pr. Y. Berland propose également de réfléchir à des professions intermédiaires entre le médecin (au moins 10 ans de formation) et l'infirmière (3 ans). La France se dirige ainsi 40 ans plus tard vers les mêmes procédures que les Etats-Unis et le Royaume-Uni. C'est dans cette optique que le Pr. G. Vallancien dans son rapport [8] propose, à l'hôpital, une évolution des métiers, la formation, la promotion et l'intéressement dans le but « d'éclaircir l'horizon professionnel des personnels au-delà des dispositifs statutaires » (11<sup>e</sup> proposition). Il s'agit pour le personnel infirmier de prendre en charge des malades, d'établir des prescriptions par délégation, de réaliser des actes thérapeutiques.

Ainsi, de nouveaux métiers et de nouvelles compétences sont en voie de développement : infirmier clinicien avec des spécialisations en oncologie, en hépato-gastro-entérologie ou en diabétologie. La question de la rémunération de ces nouvelles compétences va rapidement se poser...

Considérons maintenant le cas de l'anesthésie. La définition du glissement de tâches entre le médecin anesthésiste et l'infirmier anesthésiste n'est pas

celui d'une délégation de pouvoirs au sens juridique : une autorité (le délégant) se dessaisit d'une fraction des pouvoirs qui lui sont conférés et les transfère à une autorité subordonnée (le délégataire). Le délégataire assume alors les obligations et les responsabilités liées aux pouvoirs qui lui ont été délégués ; aussi, en cas de manquement à une obligation pénalement sanctionnée, le délégataire sera-t-il responsable aux lieux et places du délégant. La délégation de pouvoirs définit une relation contractuelle entre le délégant (celui qui délègue) et le délégataire (celui à qui on délègue la responsabilité). Il est donc question de responsabilité que nous aborderons dans le chapitre suivant. Revenons au rapport Berland qui considère qu'il existe actuellement en anesthésie une répartition des tâches bien identifiée : « les médecins anesthésistes-réanimateurs (MAR) et les infirmiers anesthésistes diplômés d'Etat (IADE) ne souhaitent pas un élargissement des compétences des IADE. Ces derniers ont le souci de garder une collaboration étroite avec les MAR et considèrent que leurs décrets de compétences sont clairs et définissent bien le champ de leurs attributions. Par ailleurs, les IADE ne sont pas disposés à être sous l'autorité et la responsabilité d'autres médecins que les MAR. » Le transfert de compétences est une grande tentation devant la baisse de la démographie des médecins anesthésistes-réanimateurs, mais il présente un risque de démedicalisation considérable. L'hôpital est à la recherche de temps médical car le vieillissement de la population stimule la demande de soins. Actuellement, le rôle et la place respectifs dans le couple anesthésiologiste-IADE font l'objet d'un consensus des professionnels :

- SFAR (la SFAR a émis des recommandations concernant le rôle de l'IADE dès janvier 1995).
- Conseil de l'Ordre des Médecins (qui a émis des recommandations dès avril 2001 précisant la responsabilité exclusive, pour certains actes, du médecin anesthésiste-réanimateur dans ses rapports avec l'infirmier anesthésiste diplômé d'Etat).
- Réglementation (l'art. 10 du décret n° 2002-194 du 11 février 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier, J. O. du 16 février 2002).
- Des syndicats de médecins anesthésistes-réanimateurs et d'IADE (l'art. 10 du décret n° 2002-194 du 11 février 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier (J. O. du 16 février 2002) (les syndicats médicaux : syndicat national des praticiens hospitaliers en anesthésie-réanimation (SNPHAR), syndicat national des anesthésistes-réanimateurs français (SNARF) et le syndicat national des infirmiers anesthésistes (SNIA)).

De fait, tous les professionnels concernés s'accordent sur la place respective de chacun et ne souhaitent pas qu'elle soit modifiée. Notons néanmoins une initiative de transferts de compétences isolée et sans reconnaissance officielle : le SMUR de Toulon-La Seyne où, dans certaines interventions ciblées, le médecin habituellement à bord du véhicule est remplacé par un infirmier. Ce cas défie les habitudes françaises en matière de transport médicalisé. Une évaluation réalisée en 2003 sur 72 interventions a montré des résultats satisfaisants (rapports avec les patients, leurs familles, médecins traitants) [9]. Un consensus pourrait peut-être émerger à partir d'une réflexion approfondie avec des échantillons plus importants.

Avant tout transfert de tâches, rappelons que l'IADE possède des compétences acquises lors de sa formation. Cette dernière est assurée dans des écoles

spécialisées où est dispensé un enseignement théorique et pratique que doit posséder l'élève à l'issue des 2 ans [10]. L'activité de l'IADE y est développée au-delà d'une simple fonction de soins. Elle est orientée vers l'apprentissage de gestes, des comportements et des techniques utilisées en anesthésie-réanimation. Cette formation définit une des limites au glissement de tâches. Les autres sont l'acte médical d'anesthésie et la sécurité des patients.

## 2. LIMITES

Le caractère médical de l'acte d'anesthésie s'est rapidement imposé, pour la sécurité du patient, par une prise en charge du malade dans sa globalité. Pourtant, les chirurgiens ont voulu croire à une certaine perméabilité entre les attributions des médecins anesthésistes et des infirmiers anesthésistes, en maintenant l'illusion qu'ils étaient interchangeable. Les chirurgiens ont été aidés, dans leur démarche, par le flou entretenu par les IADE d'une part et par la désertion des blocs opératoires par les anesthésiologistes, d'autre part. Aujourd'hui, infirmiers et médecins devraient être astreints à leur mission respective du fait de la répartition des tâches, clairement identifiée, tant au niveau organisationnel qu'au niveau juridique.

### 2.1. L'ACTE MÉDICAL D'ANESTHÉSIE

Pour saisir l'évolution de la prise en charge de l'anesthésie, il faut remonter un peu l'histoire [11]. Aux balbutiements de l'anesthésie, les chirurgiens ont formé, pour se consacrer au seul geste chirurgical, un personnel recruté de façon aléatoire, le plus souvent des infirmières sans occupation sur le moment. Sous l'œil attentif du chirurgien, cette infirmière était un exécutant conseillé, surveillé voire morigéné par l'opérateur. Les infirmières qui manipulaient les médicaments disposèrent très tôt le quasi-monopole de l'administration des produits anesthésiques en France. Un enseignement aux techniques d'anesthésie fut dispensé au personnel infirmier, dès le début des années 1950. Par un arrêté du 17 janvier 1957, la Faculté de médecine de Paris fut autorisée à délivrer une attestation de fin d'études d'infirmière aide-anesthésiste qui deviendra, un peu plus tard, un « certificat d'aptitude à la profession d'Aide-Anesthésiste » [12]. Il s'agissait d'une qualification réglementaire accessible aux infirmiers diplômés désireux acquérir une formation supplémentaire dans le domaine de l'anesthésie. Le faible nombre de médecins anesthésistes à l'époque ne pouvait suffire pour faire face à la demande croissante d'anesthésies par les chirurgiens. A-t-il paru nécessaire de former, de façon rapide, un personnel capable de dispenser des anesthésies dans l'attente d'un nombre suffisant de médecins anesthésistes dont le cycle d'étude était beaucoup plus long ? Ce besoin devait conduire à la parution de l'arrêté du 6 janvier 1962 autorisant les infirmiers aides-anesthésistes à dispenser des anesthésies générales sous la responsabilité du médecin. Il y était énoncé que l'anesthésie générale représentait des actes « *ne pouvant être exécutés par des auxiliaires médicaux qualifiés que sous la responsabilité et la surveillance directe d'un médecin, celui-ci pouvant contrôler et intervenir à tout moment* ». Le texte laissait volontairement obscure la spécialité de ce médecin. L'art. 70 du code de déontologie précise néanmoins que : « *Tout médecin est, en principe, habilité à pratiquer tous les actes de diagnostic, de prévention et de traitement. Mais il ne doit pas, sauf circonstances exceptionnelles, entreprendre ou poursuivre des soins, ni formuler des prescriptions dans des domaines qui*

dépassent ses connaissances, son expérience et les moyens dont il dispose », et l'art. 71 du code de déontologie : « ... il ne doit pas exercer sa profession dans des conditions qui puissent compromettre la qualité des soins et des actes médicaux ou la sécurité des personnes examinées ». Les tribunaux, à l'époque, n'ont pas utilisé ce texte...

Un décret du 2 février 1962 [13] intègre les infirmières aides-anesthésistes dans le cadre des infirmières spécialisées. Au cours des années 1975-1985, on note une augmentation du nombre des médecins anesthésistes-réanimateurs sans diminution de l'implication des infirmiers anesthésistes, entretenant une confusion sur le rôle de chacun au bloc opératoire. Cette situation a perduré pendant de nombreuses années. Les progrès scientifiques en matières d'agents et de techniques anesthésiques ont nécessité la compétence d'un médecin spécialisé. En 1988, deux décrets modifient la perception de la profession de l'infirmier anesthésiste ; le premier [14], dans son art. 5bis, lui reconnaît une réelle spécificité et le second [15] ajoute le terme « réanimation » à l'intitulé de leur certificat qui devient un diplôme d'État en 1991 [16]. Enfin, le décret de 1993 [17] définit la compétence juridique des infirmiers anesthésistes, dans son art. 7 : « *l'infirmier anesthésiste diplômé d'État et l'infirmier en cours de formation préparant à ce diplôme sont seuls habilités, à condition qu'un médecin puisse intervenir à tout moment, à participer à l'application des techniques suivantes après que le médecin ait examiné le patient et posé l'indication anesthésique :*

- *Anesthésie générale.*
- *Anesthésie locorégionale et réinjections dans le cas où un dispositif a été mis en place par un médecin.*
- *Réanimation peropératoire. »*

Notons que la spécialité du médecin n'était pas précisée alors que seul le médecin anesthésiste-réanimateur pouvait remplir ce rôle. Un nouveau décret de 2002, en son art. 10, a depuis, corrigé cette imprécision [18]. Aujourd'hui, ce point apparaît comme un détail dans la mesure où la jurisprudence a beaucoup évolué et que la qualité du médecin ne fait plus aucun doute. Néanmoins, cet article 10 est parfois interprété par certains comme une autorisation donnée à l'IADE de réaliser, seul, des anesthésies générales, des anesthésies locorégionales, avec un médecin anesthésiste prêt à intervenir à tout moment [19]. Il traduirait une régularisation de situations qui existeraient dans plusieurs établissements du fait de pénurie ou de surcharge de travail chez les médecins. En fait, la lecture de ce décret doit être réalisée à la lumière des recommandations du Conseil de l'Ordre : l'anesthésie est un acte médical qui ne peut être pratiqué que par un médecin anesthésiste réanimateur qualifié et l'IADE ne peut entreprendre seul une anesthésie en l'absence d'un médecin anesthésiste-réanimateur [20].

Quoi qu'il en soit, l'infirmier anesthésiste diplômé d'état (IADE) a perdu, par le décret de 1991, son qualificatif d'« aide », mais demeure néanmoins un assistant du médecin anesthésiste-réanimateur. Son rôle, souvent mal connu de la population générale voire des autres médecins, est distinct de celui de l'anesthésiologiste, au bloc opératoire. Non seulement il participe à l'acte d'anesthésie, au cours de l'opération, mais également assure la surveillance des stocks de produits sanguins, le suivi des médicaments, la gestion du petit matériel médical, le contrôle et la maintenance des équipements. Enfin, il est responsable de l'enseignement et de l'encadrement des élèves infirmiers anesthésistes. Pourtant, le doute est entretenu par certains IADE sur leurs fonctions, conduisant à une

confusion des rôles dont ils ne sont pas obligatoirement les seuls à l'origine. En effet, ils ont été formés par les médecins anesthésistes-réanimateurs qui n'ont pas su identifier le domaine d'exercice de ce personnel non médical et qui leur ont dispensé souvent les mêmes cours qu'aux internes ou aux étudiants du CES d'anesthésie-réanimation. Les préceptes médicaux acquis leur autorisent des débats pied à pied avec les chirurgiens aux connaissances anesthésiques rudimentaires pour ne pas dire nulles. D'autre part, les médecins anesthésistes ont déserté le bloc opératoire et cela pour deux raisons majeures selon l'époque considérée. Dans les années 1970-1980, ils préféraient s'éloigner d'une tâche peu valorisante pour la relation médecin-malade, afin de se consacrer aux patients hospitalisés dans les services de chirurgie ou de réanimation où leur rôle de médecin pouvait s'affirmer. Au cours des deux dernières décennies, la pénurie de médecins anesthésistes-réanimateurs n'a pas conduit à l'abandon de ces activités, à leurs yeux, plus nobles mais à la persistance d'un effectif minimal au bloc opératoire. Ainsi, ce personnel ultra-qualifié que sont les IADE, a fait, seul, souvent face aux chirurgiens, dépassant les limites de sa qualification. Les IADE, cantonnés autrefois au rôle d'assistants, semblent rechercher cette formation complémentaire dans le but d'acquérir une autonomie plus grande vis-à-vis du corps médical. On comprend mieux leur revendication actuelle d'appartenir à une « profession médicale à compétence limitée », à l'instar des sages-femmes. Il apparaît évident, alors, que ce personnel non médical a rendu difficile la « médicalisation » de l'anesthésie. Les anesthésiologistes ont réagi ; en se référant à l'époque à l'art. L. 372 (devenu aujourd'hui L. 4161-1) du code de la santé publique, ils ont revendiqué la réalisation de l'anesthésie par un docteur en médecine [21]. La législation a pris position en faveur de cette orientation puisqu'elle a décrété, dans l'art. D. 712-43 du code de la santé publique [22], que l'anesthésie est un acte médical. Avec consultation et visite préanesthésiques et le choix du protocole d'anesthésie, cette dernière est devenue un acte médical sophistiqué, constitué d'une succession ininterrompue de diagnostics suivis de sanctions thérapeutiques immédiates. Seul un médecin peut les effectuer du fait de son cursus, pour la sécurité des patients.

## 2.2. LA SÉCURITÉ DES PATIENTS

Le glissement de tâches introduit une notion de compétences qui procèdent à la prise en charge des patients dans la sécurité. En salle d'opération, l'anesthésie ne peut être confiée par le médecin anesthésiste qu'aux seuls personnels ayant la formation requise : les internes d'anesthésie ou les IADE.

L'interne en médecine exerce des fonctions de prévention, de diagnostic et de soins, par délégation et sous la responsabilité du praticien dont il relève (art. 3 du statut des internes) [23]. Ainsi, au bloc opératoire, l'interne en anesthésie est sous la responsabilité du médecin anesthésiste-réanimateur senior. Néanmoins, en cas de poursuites judiciaires à la recherche d'une indemnisation, la responsabilité de l'établissement est engagée, sauf si la faute est détachable du service. S'agissant d'une atteinte du droit pénal, l'interne sera directement mis en cause, comme n'importe quel citoyen, même si son niveau de compétences est pris en compte. Nous revenons donc à la question de la responsabilité. Un interne qui présente les conditions requises pour effectuer un remplacement pourrait conduire seul une anesthésie à l'hôpital. Il reste néanmoins, au bloc opératoire, sous la responsabilité du praticien dont il dépend.

Les IADE sont environ 8000 en France dont 6500 dans le secteur public et 1500 dans le secteur privé. Ils sont 7,7/100 000 habitants (14 MAR/100 000 habitants) donc environ un pour 2 médecins anesthésistes. Les effectifs d'IADE sont très disparates selon les établissements et leur affectation dans une salle d'opération est fonction du type d'intervention et des antécédents du patient entraînant des situations variées (de l'idéal au hors-la-loi...). Le décret qui régit la profession d'infirmier liste les actes professionnels autorisés comme l'indique son intitulé. Les IADE assistent les médecins anesthésistes, mais ne se substituent pas à eux. Ainsi, l'infirmier qui exécute un acte non répertorié, même prescrit par un médecin, commet une faute. En revanche, il porte une responsabilité lors de la réalisation d'un acte autorisé, même prescrit par un médecin. Et réciproquement, il existe une responsabilité du médecin qui autorise l'IADE à réaliser des actes en dehors de sa compétence. De fait, la sécurité des patients est assurée lors de sa prise en charge par les binômes MAR-interne et MAR-IADE, chacun dans son domaine de compétences. La mise en place des procédures médicales prend ici toute son importance.

Le glissement de tâches n'aurait pour but que de libérer du temps médical. Notons que, dans les 5 ans, 25 % des IADE partiront à la retraite et il existe de nombreux postes non pourvus. La démographie prévisionnelle des IADE ne permettra donc pas de dégager ce temps médical. Il faut donc le rechercher ailleurs dans le cadre de la réglementation actuelle et de la sécurité des patients. Si la mortalité liée à l'anesthésie a été divisée par 10 depuis la parution du décret sécurité [24], la programmation conjointe du programme opératoire MAR-chirurgical pose encore problème. Elle implique le directeur de l'établissement au même titre que les médecins. Tous sont donc responsables d'une bonne ou mauvaise organisation et d'ailleurs, les accidents médicaux seront appréciés avec sévérité dans la mesure où il pourra être considéré qu'une obligation de sécurité n'a pas été respectée ou qu'une faute d'imprudence a été commise. Le rôle du conseil de bloc a été récemment rappelé [25]. Une planification des interventions chirurgicales correctement menée éviterait un gaspillage de temps médical dans un contexte d'aménagement du temps de travail. De même, une réflexion sur les gardes à partir de l'activité médicale de nuit doit être mise en place pour supprimer celles qui ne correspondent pas un besoin à l'échelon du bassin de population concerné. D'autres types de permanence des soins peuvent les remplacer, comme les astreintes, donnant lieu à un repos de sécurité seulement en cas de déplacement et permettant ainsi de dégager du temps médical. Enfin, les restructurations hospitalières ont du mal à être exploitées. La réflexion à l'échelon régional devrait permettre le regroupement d'établissements ou de plateaux techniques comme cela a commencé dans quelques endroits. Une telle organisation libère également du temps médical.

## **CONCLUSION**

Ainsi, la notion de glissement de tâches regroupe des situations très variées allant d'une simple coopération entre médecins et paramédicaux à un réel transfert de compétences, en passant par une optimisation de l'organisation. La pénurie actuelle dans le secteur infirmier pousse à s'interroger sur la capacité de cette profession à absorber des hypothétiques glissements de tâches. Les compétences des MAR et des IADE sont définies législativement et réglementairement, incluant une responsabilité juridique des acteurs. Le glissement de



tâches vise à anticiper et à réduire l'effet délétère de la baisse de la démographie médicale tout comme l'augmentation régulière du *numerus clausus* ou la régulation de la répartition des professions de santé sur le territoire.

## RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique (J. O. du 11 août 2004).
- [2] Arrêté du 13 décembre 2004 relatif à la coopération entre professionnels de santé (J. O. du 13 janvier 2005)
- [3] Arrêté du 30 mars 2006 modifiant et complétant l'arrêté du 13 décembre 2004 relatif à la coopération entre professionnels de santé (J. O. du 7 avril 2006)
- [4] Loi n° 2006-1640 du 21 décembre 2006 de financement de la sécurité sociale pour 2007 (J. O. du 22 décembre 2006)
- [5] Munding MO, Kane RL, Lenz ER et al. Primary Care Outcomes in Patients Treated by Nurse Practitioners or Physicians. *JAMA* 2000;283:59-68
- [6] Berland Y. Rapport « Démographie des professions de santé ». Novembre 2002. <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/064000845/index.shtml>
- [7] Berland Y. Rapport « coopération des professions de santé: le transfert de tâches et de compétences », octobre 2003. <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/034000619/index.shtml>
- [8] Vallancien G. Rapport de la mission « la modernisation des statuts de l'hôpital public et sa gestion sociale », avril 2003. <http://www.sante.gouv.fr/html/actu/vallancien/sommaire.html>
- [9] Arzallier J.J. Realpolitik ou dégradation des soins. *PHAR* 2003 ;26 :20-22. [http://www.snphar.com/a\\_la\\_une/phar26/temoignage-26.pdf](http://www.snphar.com/a_la_une/phar26/temoignage-26.pdf)
- [10] Arrêté du 17 janvier 2002 relatif à la formation conduisant au diplôme d'infirmier anesthésiste (J. O. du 2 février 2002)
- [11] Dru M. L'émancipation de l'anesthésiste-réanimateur. *Revue fondamentale des questions hospitalières* 2001;3:5-70.
- [12] Décret du 9 avril 1960 relatif à la création d'un certificat d'aptitude aux fonctions d'aide anesthésiste (J. O. du 15 avril 1960) modifié par le décret n° 64-375 du 25 avril 1964 modifiant l'alinéa 1er de l'art. 2 du décret simple du 9 avril 1960 (J. O. du 29 avril 1964) puis par le décret n° 72-105 du 24 janvier 1972 modifiant les art. 1er et 2 du décret simple du 9 avril 1960 (J. O. du 6 février 1972)
- [13] Décret n° 62-132 du 2 février 1962 relatif au recrutement et à l'avancement de certains agents des services médicaux des établissements d'hospitalisation de soins ou de cure publics (J. O. du 4 février 1962)
- [14] Décret n° 88-902 du 30 août 1988 modifiant le décret n° 84-689 du 17 juillet 1984 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmière (J. O. du 1er septembre 1988).
- [15] Décret n° 88-903 du 30 août 1988 créant un certificat d'aptitude aux fonctions d'infirmier spécialisé en anesthésie-réanimation (J. O. du 1er septembre 1988).
- [16] Décret n° 91-1281 du 17 décembre 1991 modifiant le décret n° 88-903 du 30 août 1988 créant un certificat d'aptitude aux fonctions d'infirmier spécialisé en anesthésie-réanimation (J. O. du 21 décembre 1991)
- [17] Décret n° 93-345 du 15 mars 1993 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier (J. O. du 16 mars 1993)
- [18] Décret n° 2002-194 du 11 février 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier (J. O. du 16 février 2002) dans son article 10.
- [19] Comité Vie Professionnel de la SFAR. Commentaires sur le décret ministériel n° 2002-194 du 11 février 2002 relatif aux actes professionnels et à la profession d'infirmier, septembre 2002. [http://www.sfar.org/s/article.php3?id\\_article=53](http://www.sfar.org/s/article.php3?id_article=53)
- [20] Ordre des Médecins. Recommandations concernant les relations entre anesthésistes-réanimateurs et chirurgiens, autres spécialistes ou professionnels de santé, décembre 2001.

[21] Art. L. 4161-1 : « exerce illégalement la médecine : toute personne qui prend part habituellement ou par direction suivie, même en présence d'un médecin, à l'établissement d'un diagnostic ou au traitement de maladies ou d'affections chirurgicales, congénitales ou acquises, réelles ou supposées, par actes personnels, consultations verbales ou écrites ou par tous autres procédés quel qu'ils soient, ou pratique l'un des actes professionnels prévus dans une nomenclature fixée par arrêté du ministre de la Santé publique pris après avis de l'Académie nationale de médecine « sans être titulaire d'un diplôme, certificat ou autre titre mentionné à l'article L. 356-2 et exigé pour l'exercice de la profession de médecin... »

[22] Art. D. 712-43 : « L'anesthésie est réalisée sur la base d'un protocole établi et mis en œuvre sous la responsabilité d'un médecin anesthésiste-réanimateur, en tenant compte des résultats de la consultation et de la visite préanesthésiques mentionnés à l'art. D. 712-41. »

[23] Décret n° 99-930 modifié du 10 novembre 1999 fixant le statut des internes et des résidents en médecine, des internes en pharmacie et des internes en odontologie (J. O. du 11 novembre 1999)

[24] Décret n° 94-1050 du 5 décembre 1994 relatif aux conditions techniques de fonctionnement des établissements de santé en ce qui concerne la pratique de l'anesthésie et modifiant le code de la santé publique (J. O. du 8 décembre 1994).

[25] Circulaire DH/FH/2000/n° 264 du 19 mai 2000 relative à la mise en place des conseils de bloc opératoire dans les établissements publics de santé