

**Du « Physician assistant » au « Paramedical assistant »**  
**Les PA à la française en CTCV comme un nouveau métier intégré**  
**dans les pratiques avancées infirmières**

La définition, le(s) statuts(s), les attributions et les compétences des professionnels de santé qui « aident » les chirurgiens (et plus particulièrement nous, les chirurgiens TCV) sont des notions qui sont toujours assez peu étudiées en France, en tout cas beaucoup moins que chez nos collègues étrangers.

Dans les hôpitaux publics, notamment les CHU (qui représentent la majorité des centres publics avec CTCV), on entend surtout par là les « internes ». Ceux-ci forment actuellement une population hétéroclite qui comprend des « internes en médecine générale » et des « internes de spécialité ». Parmi ces derniers, et jusqu'à la mise en place de la réforme du 3<sup>e</sup> cycle en cours (soit 2017 avec un chevauchement des deux types de formation sur 5 à 6 ans minimum), se situent des internes en chirurgie générale (actuel DES) qui souhaitent (ou pas) s'orienter vers la CTCV et des internes inscrits en DESC de CTCV. Les derniers sont évidemment souvent des « vieux internes » et les premiers des plus jeunes, parfois des « premiers choix ». Ceux-ci sont quelquefois loin d'avoir des compétences chirurgicales, car le deuxième cycle des études médicales actuelles ne forme absolument pas dans ce but. On trouve également, dans cette catégorie des « aides », des médecins, souvent à diplôme étranger, qui ont des noms divers (stagiaire associé, DFMS/DFMSA...) et des statuts qui le sont tout autant (souvent FFI ou PHc). Ils ont en général comme rôle principal l'aide opératoire. Selon les centres, d'autres responsabilités leur sont déléguées avec des visites et contre-visites, des prescriptions pré et post-opératoires, parfois des gardes sur place, rarement une activité de consultation.

Dans les centres privés, et sauf agrément encore exceptionnel, il n'y a pas d'interne. On retrouve des médecins (là encore parfois étrangers), des aides « croisées » entre chirurgiens (souvent pour certains cas difficiles) et des paramédicaux. Si pendant longtemps la profession d'aide opératoire était mal définie (et parfois cette activité était faite par des personnes sans aucun diplôme paramédical), les choses ont été petit à petit stabilisées avec des campagnes d'information et de « validation des acquis » et, à l'heure actuelle, la plupart des paramédicaux qui aident les chirurgiens sont des infirmiers, parfois même Ibode. Les attributions sont en général limitées aux gestes d'aide opératoire, avec parfois des extensions plus ou moins floues vers la fermeture des parois ou l'installation et les débuts d'intervention.

À ma connaissance, il n'y a jamais eu de réelle enquête nous permettant de déterminer les aspects qualitatifs (qui ?, quel statut ?) et quantitatif (combien ?) de la question des « aides aux chirurgiens ». Ce serait sûrement très instructif de le faire. Par exemple, pour l'inter-région universitaire Aquitaine + Midi-Pyrénées, j'ai compté que, pour 58 chirurgiens TCV senior, il y avait au moins 22 postes d'internes « ouverts ». Avec cette approche, superficielle et succincte, et si on compte qu'un chirurgien exerce plus ou moins 30 ans et qu'il faut environ 7 ans de formation, on voit que, si ces 22 postes étaient pourvus, 3 chirurgiens formés seraient mis sur le marché du travail chaque année pour remplacer 2 chirurgiens sortants. Il y a donc décalage net entre les « besoins hospitaliers » (le nombre d'internes considéré comme nécessaire pour le fonctionnement du service) et les « besoins de formation » (le nombre de personnes à former pour remplacer les départs à la retraite). À ce sujet il faut rappeler aussi 3 points :

- les besoins hospitaliers font référence à du temps de travail. Les directives et lois actuelles qui aboutissent à réduire le temps de travail des internes, augmentent d'autant le nombre d'individus nécessaires ;

- les capacités de formation doivent aussi être prises en compte. Il ne sert à rien d'augmenter le nombre d'internes dans un service au-delà du nombre qu'une activité clinique donnée permet de former ;
- enfin, dans un niveau moindre, le temps de travail total (par jour, par an et dans la vie) des futurs chirurgiens sera probablement plus faible qu'à l'actuel, mais l'activité chirurgicale va aussi évoluer sur les 2 plans quantitatifs et qualitatifs. Ceci découple un peu les besoins de formation des simples départs en retraite.

Les projections démographiques macroscopiques sont intéressantes en ce qui concerne la question. On y voit en effet qu'il y a un décalage très net entre les projections du nombre de soignants au sens large du terme et celui de médecins. Ainsi dans le dernier rapport « France Stratégie » DARES intitulé [Les métiers en 2022](#), on trouve les éléments suivants : « *Les métiers de la santé bénéficient de perspectives d'emploi très favorables, à l'exception des médecins pour lesquels le remplacement des retraites n'est pas assuré. Pour les infirmiers et les aides-soignants les effectifs vont augmenter de près de 200 000 sur 10 ans (soit + 1,6 % par an). Le ratio infirmiers/médecins, relativement faible en France, devrait ainsi augmenter, se rapprochant des taux observés dans une majorité de pays de l'OCDE.* »

Sans aucune approche sélective, ni orientée, on peut déjà supposer que tout projet aboutissant à une valorisation de la carrière infirmière, avec des perspectives d'évolution pour certains, et à une meilleure qualité des soins en offrant des prestations actuellement médicales (qui seront difficiles à maintenir) trouve sa pertinence dans ces simples constatations chiffrées.

Nos tutelles et institutions tournent avec prudence autour de ces questions depuis longtemps. Déjà évoquées par certains (dont Charles de Riberolles auprès du Conseil Supérieur des Professions Paramédicales dans les années 1990), les notions de « métiers intermédiaires », « nouveaux métiers », « délégation de tâches, de compétences... » ont été posées notamment par plusieurs rapports successifs remis au gouvernement par des experts réunis autour du Pr Berland, néphrologue et actuel Président de l'Université Aix-Marseille. À ma connaissance, le dernier est daté de 2011 et est intitulé « Rapport relatif aux métiers en santé de niveau intermédiaire. Professionnels d'aujourd'hui et nouveaux métiers : des pistes pour avancer » (Hénard, Berland et Cadet. Rapporteurs généraux : Verrier et Fery-Le Monnier). On y trouve les éléments suivants :

« *Les futurs nouveaux métiers en santé doivent obéir à quelques principes incontournables :*

- ils sont construits à partir des métiers paramédicaux d'aujourd'hui ;
- ils ne sont pas redondants avec un métier existant ;
- ils correspondent à un mode d'exercice professionnel et des responsabilités identifiées ;
- ils ont vocation à constituer à terme des professions médicales à compétence définie. »

Les auditions et tables rondes organisées par la mission ont clairement fait apparaître l'intérêt de l'émergence d'un métier « d'assistant pour la chirurgie », à partir de métiers déjà présents dans les blocs, en particuliers les actuels Ibode et professionnels de la CEC.

D'autres travaux sont à citer, avec par exemple le rapport Domergue de 2003 (« *Chaque spécialité peut définir des temps chirurgicaux délégués à des techniciens opératoires, véritables assistants de chirurgie...* »). Le terme utilisé est parfois « Paramédical praticien » ; je pense que le terme « Paramédical assistant », très proche, a l'avantage d'être en abrégé le même que le PA anglo-saxon.

Sans parler spécifiquement de la chirurgie, de façon globale, les choses ont avancé doucement. La loi HPST a permis d'aller plus loin que les quelques expérimentations préalables (infirmiers faisant des échocardiographies, orthoptistes collaborant avec les ophtalmologistes) en introduisant le fameux [« article 51 »](#) formalisant les coopérations entre professionnels de santé. La [loi santé 2015/2016](#)

(chapitre II : Innover pour préparer les métiers de demain ; article 119) va aussi plus loin, puisqu'est introduite la notion de *pratique avancée*, en liaison avec une formation universitaire. Les détails sont renvoyés à un décret et les universités doivent déposer des dossiers explicites.

Depuis environ deux ans, et comme le travail de nos tutelles s'est surtout consacré à la re-ingénierie des métiers (aboutissant par exemple au grade licence pour les IDE et aux premiers masters infirmiers, ou également au décret d'actes exclusifs Ibode), le sujet n'a pas été particulièrement défriché à ma connaissance. Les associations Ibode et les enseignants en école d'Ibode restent cependant très ouverts et motivés.

En effet, et ce depuis presque 20 ans, certains chirurgiens (dont moi-même) et la plupart des représentants de ces groupes Ibode ont construit ensemble et proposé un projet de « Paramédical assistant », souvent appelé Ibode clinicien, dont les grandes lignes sont :

- une entrée volontaire basée sur le métier Ibode ;
- une spécialisation dans une activité chirurgicale donnée avec perte de la polyvalence infirmière (pour nous, donc : PA de CTCV) ;
- une formation de 2 ans en alternance avec cours théoriques médicaux et activité de stage en chirurgie (mais pas uniquement au bloc, probablement 1 an en bloc, 1 an en consultations et soins d'urgence et en secteur d'hospitalisation postopératoire) ;
- une sortie des effectifs paramédicaux avec rattachement à l'équipe médicale ;
- une évolution vers autorisation de prescription limitée ;
- une activité adaptée selon la spécialité avec aides opératoires, visites pré et postopératoires, consultations etc. ;
- au bloc, possibilité d'accomplir tout ou partie de l'intervention selon le niveau de compétence et la complexité du cas.

Le niveau d'acceptation de ce projet est très variable avec une tendance au rejet du côté des chirurgiens et des inquiétudes sur le niveau de responsabilité du côté des paramédicaux.

Une des questions invariablement posée est celui du « nouveau statut », ce qui est le cas pour tous ces nouveaux métiers de la santé. La question sous-jacente est aussi, bien sûr, le niveau de rémunération. À ma connaissance, à ce jour, en France, aucun infirmier titulaire d'un Master n'a été embauché avec un autre statut que le sien. La profession d'infirmier de pratique avancée, décrite dans la loi santé, n'est donc pas vraiment installée.

En conclusion, les ingrédients nécessaires sont réunis pour que naisse en France une école universitaire d'assistants paramédicaux en chirurgie, mais il reste beaucoup de blocages potentiels. Ils seraient, à mon avis, d'un apport considérable aux patients, permettant une professionnalisation du métier. Les chirurgiens auraient plus de temps à consacrer à leurs cœurs de métier : le soin expert, la formation et la recherche. Même en cas d'exercice sur plusieurs sites, la continuité des soins serait assurée par de vrais professionnels. Les internes y gagneraient la possibilité d'une vraie formation, différente d'une montée en puissance progressive au détriment de patients (qui n'a pas décrié les premières semaines de chaque semestre...). Sans augmenter le nombre de chirurgiens, il serait ainsi possible de maintenir et de développer l'activité, y compris dans ses aspects les plus innovants.

Si je prends l'exemple que je connais le mieux, celui de la chirurgie cardiaque pédiatrique, je suis certain qu'une personne :

- capable de me seconder dans les consultations en reformulant les explications de base, les détails des parcours de soins, les enjeux des interventions déjà expliquées ;

- qui a ma confiance pour être présente en salle du début à la fin d'une intervention, même sur un nouveau-né ou un Fallot ; dont je sais qu'elle va m'appeler avant même que ce soit éventuellement nécessaire ;
- qui peut avoir l'expertise et la patience de faire les heures d'attente de l'hémostase progressive en fin d'intervention ;
- qui sait ce qu'il faut regarder en passant en réa matin et soir en postopératoire ;
- qui peut faire des consultations post-op. notamment en ce qui concerne la reformulation des conseils et des règles de traitement et de suivi ;
- qui sait bien aider au bloc ;
- qui peut ouvrir, mettre en CEC, arrêter la CEC et fermer le patient sauf évidemment cas difficile...

Bref, une personne qui ressemble à un vieil interne ou à un jeune CCA motivé, me permettrait de doubler mon activité sans doubler la charge de soins et donc sans augmenter les risques. Elle me permettrait d'être un meilleur professeur pour les externes, les internes et les jeunes chirurgiens. Elle me donnerait plus de temps avec les familles pour les cas difficiles, avec les correspondants pour mieux organiser le réseau régional et avec ceux qui sont impliqués dans mes programmes de recherche. Je serais un meilleur chirurgien !

*Bernard Kreitmann*