



Compte-rendu des réunions 12 et 13 septembre 2016

Journée du 12 septembre :

Fin des concertations sur l'exercice professionnel et sur le futur décret.

Tout d'abord, rappelons qu'initialement le ministère n'avait envisagé qu'un simple listage des pratiques que nous pourrions revendiquer, qu'elles soient anciennes ou nouvelles.

La parution d'un véritable décret rénové à la hausse et officialisant nos pratiques réelles de terrain a donc été obtenue.

Notre nouvel interlocuteur remplaçant Mme Lenoir-Salfati, Mr Mathias Albertone, a tenu à rappeler à la fois le contexte et l'historique des réunions et notamment expliquer le pourquoi du retard des réunions qui avaient été annoncées pour l'été. Son explication est conforme à ce que nous en savons et les choses avançant, il n'y a pas lieu de s'appesantir.

Il a été de suite réaffirmé que l'exclusivité d'exercice en anesthésie-réanimation ne serait pas remise en cause et que le mot « *seul* » de l'expression « *est seul habilité à* » du décret resterait. Dont acte.

Pour la suite, il n'est pas possible de communiquer à ce jour le projet de décret puisque des négociations entre les différents partenaires ayant eu lieu, les représentants souhaitent légitimement tous informer leur structure de leur évolution de position avant que le texte ne soit rendu public.

Mais surtout : une remise en forme du texte doit avoir lieu de même qu'une validation finale par les organisations et seule cette version sera proposée ensuite aux instances.

Pour autant, il est possible de dire que, pour l'anesthésie-réanimation, les IADE n'appliqueront plus, dans les textes, de simples protocoles mais suivront la stratégie anesthésique fixée par le MAR en CPA afin d'atteindre des objectifs.

Cela laisse, sans l'écrire en détail (pour éviter certains écueils mais aussi pour rester dans l'esprit de notre décret qui est un décret mission) une possibilité d'évolution non fixée comme dans un protocole et officialise le fait que l'IADE adapte seul (en lien avec le MAR) et constamment la situation.

C'est donc bien l'autonomie « encadrée » qui est reconnue ; autonomie dite « encadrée » comme toute autonomie, pour bien faire la différence avec l'indépendance qui, elle, est du domaine médical.

Le reste du projet reprendra les fondamentaux du texte actuel en ajoutant une participation possible des IADE à la gestion de la douleur en post-opératoire, hors du bloc, différente de celle que font les IDE et dans le même esprit que le fonctionnement du bloc.

Il est important de souligner la réelle implication et le vrai soutien de l'ensemble des représentants MAR à la reconnaissance de l'autonomie de l'IADE, particulièrement quand la DGOS entendait, à but de précision juridique, limiter de fait celle-ci par un descriptif de la stratégie où le MAR cadrerait et fixait, dès la CPA, les évolutions possibles.

Pour les vieux IADE présents, il leur a semblé retrouver le sentiment d'appartenance commune à une spécialité médicale dans le respect mutuel notamment des fonctions et rôles de chacun.

Pour le pré-hospitalier :

Pas de régression et donc la priorisation des IADE pour la composition des équipages SMUR est maintenue.

Est, en revanche, ajoutée la possibilité aux seuls IADE de prendre en charge un patient stable intubé, ventilé ou sédaté dans le cadre des TIIH.

Bien que dans beaucoup d'endroits cela se fasse déjà, c'est une charge supplémentaire pour les IADE des SMUR, particulièrement à l'aube des GHT. Mais c'est aussi la garantie de la pérennisation de la présence d'IADE dans les SMUR et de la reconnaissance de ses compétences spécifiques, chose qui semblait très fortement compromise au début des discussions.

À noter que le représentant de SAMU-Urgences de France a eu des propos apaisants, mettant notamment en avant la qualification des IADE qui seuls, pour lui, étaient en capacité d'effectuer ce type de missions (les TIIH de patients lourds) et d'apporter une vraie sécurité aux patients. Une page semble donc tournée sur les tensions du passé.

Comme cela se constate déjà très majoritairement et depuis l'arrivée des premiers médecins urgentistes sur le terrain, une collaboration étroite entre cette nouvelle spécialité médicale et les IADE qui n'ont pas voulu abandonner un champ d'exercice qui est le leur depuis la création des SMUR, a toutes les chances de prospérer.

Au final :

La version définitive du décret devrait être envoyée aux organisations sous quinzaine et après validation de tous mais aucune modification de fond ne doit intervenir.

Nous vous la communiquerons aussitôt.

Le décret devra ensuite passer au HCPP et à l'Académie de Médecine puis enfin au Conseil d'État pour une publication au J.O. au mieux en début d'année ou au printemps.

Ce temps est long mais habituel et incompressible. Mais une fois la machine lancée, elle ira jusqu'au bout.

Journée du 13 septembre :

Ouverture le matin de la négociation statutaire et salariale dans la FPH.

Cette première réunion a permis de rappeler le contexte.

Les discussions sur les soi-disant avancées de 2012 et 2015 issues du protocole « Bachelot » ont été écourtées pour ne discuter que de l'écart abyssal entre la reconnaissance statutaire et financière des IADE et celle des autres professions de même niveau d'étude et/ou de responsabilité dans les trois fonctions publiques.

Il a été rappelé :

- Le problème des IADE dit « actifs » et de la scission de la profession qui s'oppose à la règle : même travail = même salaire
- Le scandale que représente la non-reconnaissance de la pénibilité de l'exercice IADE
- Le problème de l'encadrement des IADE qui devrait être obligatoirement issu du corps IADE. Cette demande est portée par l'ensemble des organisations présentes mais elle avait été soutenue la veille par l'ensemble des représentants MAR.
- Que les contraintes statutaires ou des règles établies au sein des fonctions publiques ne sauraient faire obstacle aux légitimes prétentions des IADE. Il y a toujours un chemin possible.
- Que les IADE exigeaient une grille de rémunération linéaire aux bornages indiciaires conformes aux responsabilités anciennes et nouvelles, qui doit s'envisager comme tout à fait comparable au A type (psychologues, AAH, professeurs des écoles, CPE, ...)

Au final, l'ensemble des revendications a été porté y compris le problème des gardes soulevé par SUD-Santé.

La DGOS a écouté avec beaucoup d'attention, ne paraissant pour le moment fermée à aucune option par principe mais rappelant les difficultés budgétaires et statutaires.

Elle a mis en avant ce qui nous avait déjà été annoncé par le cabinet de Mme Touraine soit :

- L'accélération pour les IADE du protocole dit PPCR qui normalement s'étale jusqu'en 2020
- La récupération du corps des IADE pour la FPH

Il a été convenu de se retrouver le 06 octobre pour que ces propositions (parfois complexes à construire au vu de nos demandes ambitieuses) et nécessitant l'arbitrage de la DGFP nous soient présentées.

L'intersyndicale, vu l'apparente écoute de la de la DGOS et du cabinet ainsi que la bonne dynamique engagée, a décidé de ne pas appeler à manifester ou entrer en grève.

Il va de soi que si le 06 octobre, les propositions n'étaient pas à la hauteur des attentes, un conflit dur sur tous les fronts serait lancé avec notamment un soutien réciproque possible avec les autres professions Master ou bac+5 de la santé également en conflit actuellement.

Le 13 après-midi, se tenait une grande réunion d'information générale sur le PPCR.

Un représentant IADE y était présent pour son organisation.

En plus de valider les chiffres donnés le matin par la DGOS à la délégation IADE, cela a révélé la difficulté de la récupération du corps IADE et du choix des options possibles. Cette décision sera menée.

Pour conclure :

- prochain contact dès validation définitive du projet de décret
- le 06 octobre, réunion au ministère pour la présentation des propositions du ministère

... et dès qu'il y a du neuf ...

En attendant, préparons-nous, si cela était nécessaire, à un grand mouvement sur tous les fronts notamment politique.

Paris, le 15 septembre 2016