

Mémoire de Master 2



En partenariat avec l'IFCEES de Montpellier

Domaine Sciences Humaines et Sociales

Mention Sciences de l'Education

Spécialité : Responsable d'Evaluation, de Formation et d'Encadrement (REFE)

Formation continue professionnelle en partenariat entre l'IFCEES et l'Université Paul Valéry. Montpellier 3

CONTRIBUTION DES SCIENCES DE L'EDUCATION A LA RECHERCHE DE PRATIQUES AVANCEES POUR L'INFIRMIER-ANESTHESISTE

Soutenu par Sabine Puenté

Sous la codirection de

Sophie Vincent, Formateur-Consultant, Cadre de santé, Doctorante en Sciences de l'Education et de Franck Gatto, Maitre de conférences en Sciences de l'Education, HDR, Université Montpellier3

Année universitaire 2011-2012

Remerciements

A Franck Gatto, Sophie Vincent et Eric Pastor de permettre à cet enseignement d'exister et de le conduire de manière à ce que chacun puisse y trouver sa place selon des valeurs que je partage : respect convivialité tolérance et partage.

A l'ensemble des enseignants qui m'ont permis la découverte des Sciences De l'Education.

A toutes les personnes qui m'ont offert de leur temps pour permettre mes entretiens et notamment le Professeur Xavier Capdevila, au CHRU de Montpellier, DAR A.

Tout particulièrement à Sophie Vincent qui a toujours su trouver le mot juste pour accompagner mon travail, me rassurer, me motiver.

A mes « copains d'école » pour tous les moments riches partagés

A Patrick, ma Famille et mes Parents trop tôt disparus

SOMMAIRE :

1 Contexte	Erreur ! Signet non défini.
1.1. Parcours professionnel	Erreur ! Signet non défini.
1.2. Le projet de formation en master 2 professionnel	Erreur ! Signet non défini.
1.3. Le projet professionnel	Erreur ! Signet non défini.
1.4. Thème du mémoire	Erreur ! Signet non défini.
1.5. Utilité sociale de la recherche	Erreur ! Signet non défini.
2. Etats des lieux de la recherche	Erreur ! Signet non défini.
2.1 Histoire de la profession d'infirmière	Erreur ! Signet non défini.
2.2. Histoire de la profession d'IADE et de l'anesthésie et les pratiques avancées	Erreur ! Signet non défini.
2.2.1. Histoire de la profession d'IADE et de l'anesthésie	Erreur ! Signet non défini.
2.2.2. Historique des pratiques avancées	Erreur ! Signet non défini.
2.2.3. Les pratiques avancées aujourd'hui	Erreur ! Signet non défini.
2.3. Référentiel de compétences IADE.....	Erreur ! Signet non défini.
2.3.1. Champ d'activité des IADE	Erreur ! Signet non défini.
2.3.2. Référentiel de compétences IADE.....	Erreur ! Signet non défini.
2.4. Textes réglementaires en lien avec la profession d'IADE et démographie IADE	Erreur ! Signet non défini.
2.4.1. Textes réglementaires en lien avec la profession d'IADE..	Erreur ! Signet non défini.
2.4.2. Démographie IADE et MAR	Erreur ! Signet non défini.
2.4.2.1. IADE	Erreur ! Signet non défini.
2.4.2.2. MAR	Erreur ! Signet non défini.
3. Les modèles de la posture	Erreur ! Signet non défini.
3.1 La posture d'agent.....	Erreur ! Signet non défini.
3.2 La posture d'acteur	Erreur ! Signet non défini.
3.3 La posture d'auteur	Erreur ! Signet non défini.
4. La conformité et la non-conformité	Erreur ! Signet non défini.
4.1 La conformité.....	Erreur ! Signet non défini.
4.2 La non-conformité	Erreur ! Signet non défini.
5. Les matrices théoriques.....	Erreur ! Signet non défini.
5.1 Les modèles de la posture	Erreur ! Signet non défini.
5.1.1. La posture d'agent.....	Erreur ! Signet non défini.
5.1.2. La posture d'acteur	Erreur ! Signet non défini.
5.1.3. La posture d'auteur	Erreur ! Signet non défini.
5.2. La conformité et la non-conformité	Erreur ! Signet non défini.
6. Question de recherche.....	Erreur ! Signet non défini.
7. Le dispositif de recherche de l'enquête n°1	Erreur ! Signet non défini.
7.1. Le paradigme et la méthode de recherche.....	Erreur ! Signet non défini.
7.2. La population de l'enquête n°1	Erreur ! Signet non défini.
7.3. L'outil d'enquête théorisé	Erreur ! Signet non défini.
7.4 Protocole de recueil des données de l'enquête n°1	Erreur ! Signet non défini.
7.5 Traitement des données de l'enquête n°1	Erreur ! Signet non défini.
7.6 Résultats de l'enquête n°1	Erreur ! Signet non défini.
7.6.1. Résultats Entretien1	Erreur ! Signet non défini.
Résultats par rapport aux modèles de la Posture	Erreur ! Signet non défini.
Résultats par rapport à la conformité et la non-conformité	Erreur ! Signet non défini.

- 7.6.2. Résultats Entretien2 **Erreur ! Signet non défini.**
 Résultats par rapport aux modèles de la Posture **Erreur ! Signet non défini.**
 Résultats par rapport à la conformité et la non-conformité **Erreur ! Signet non défini.**
- 7.7. Synthèse des résultats et réponse à la question de recherche de l'enquête n°1**
 **Erreur ! Signet non défini.**
8. Le dispositif de recherche de l'enquête n°2 **Erreur ! Signet non défini.**
 8.1. Le paradigme et la méthode de recherche **Erreur ! Signet non défini.**
 8.2. La population : Les IADE **Erreur ! Signet non défini.**
 8.3. L'outil d'enquête théorisé **Erreur ! Signet non défini.**
 8.4 Protocole de recueil des données de l'enquête n°2 **Erreur ! Signet non défini.**
8.5 Traitement des données de l'enquête n°2 **Erreur ! Signet non défini.**
8.6 Résultats de l'enquête n°2 **Erreur ! Signet non défini.**
8.6.1 Résultats de l'entretien n°3 : CC **Erreur ! Signet non défini.**
 Résultats en rapport aux modèles de la Posture **Erreur ! Signet non défini.**
 Résultats par rapport à la conformité et la non-conformité **Erreur ! Signet non défini.**
8.6.2 Résultats de l'entretien n°4 : CCo **Erreur ! Signet non défini.**
 Posture d'auteur **Erreur ! Signet non défini.**
 . Résultats par rapport à la conformité et la non-conformité **Erreur ! Signet non défini.**
- 8.7. Synthèse des résultats et réponse à la question de recherche de l'enquête n°2**
 **Erreur ! Signet non défini.**
9. Le dispositif de recherche de l'enquête n°3 **Erreur ! Signet non défini.**
 9.1. Le paradigme et la méthode de recherche **Erreur ! Signet non défini.**
 9.2. La population : Les patients **Erreur ! Signet non défini.**
 9.3. L'outil d'enquête théorisé **Erreur ! Signet non défini.**
9.4 Protocole de recueil des données de l'enquête n°3 **Erreur ! Signet non défini.**
9.5 Traitement des données de l'enquête n°3 **Erreur ! Signet non défini.**
9.6 Résultats de l'enquête n°3 **Erreur ! Signet non défini.**
9.6.1 Résultats de l'entretien n°5 : MC **Erreur ! Signet non défini.**
 Posture d'auteur **Erreur ! Signet non défini.**
 Résultats par rapport à la conformité et la non-conformité **Erreur ! Signet non défini.**
9.6.2 Résultats de l'entretien n°6 Madame C **Erreur ! Signet non défini.**
 Posture d'auteur **Erreur ! Signet non défini.**
 Résultats par rapport à la conformité et la non-conformité **Erreur ! Signet non défini.**
- 9.7. Synthèse des résultats et réponse à la question de recherche de l'enquête n°3**
 **Erreur ! Signet non défini.**
- 10. Synthèse des résultats des 3 enquêtes et réponse à la question de recherche**
 **Erreur ! Signet non défini.**
11. Critiques du dispositif de recherche **Erreur ! Signet non défini.**
 12. Intérêts des résultats obtenus pour la pratique d'IADE **Erreur ! Signet non défini.**
 13. Perspectives de recherche à partir des résultats obtenus **Erreur ! Signet non défini.**
 Conclusion : **Erreur ! Signet non défini.**
 14. Références bibliographiques **Erreur ! Signet non défini.**

Annexes

Annexe1. Sommaire des figures

Annexe2. Sommaire des acronymes

Annexe3. Référentiel de compétences IADE

Annexe4. Entretiens

4.1. Entretien1

4.2. Entretien2

4.3. Entretien3

4.4. Entretien4

4.5. Entretien5

4.6. Entretien6

1 Contexte

1.1. Parcours professionnel

J'ai eu le bonheur de suivre mon enseignement secondaire au lycée sportif de Font-Romeu.

Cette expérience de vie m'a donné des valeurs de partage, de respect d'esprit d'équipe et le sens de l'humilité et de l'effort.

Après obtention de mon baccalauréat, un enseignement universitaire à Toulouse a satisfait mon goût d'apprendre tout en me permettant de rester proche des cimes des Pyrénées pour m'adonner à ma passion pour le ski.

Indécise sur mon projet professionnel, je rejoins l'entreprise de peinture familiale gérée où j'assume de nombreuses tâches mais surtout coordination et suivi des chantiers. Cette riche expérience dure deux ans, une relation riche et heureuse me lie à mon père mais le partage du quotidien crée des tensions qui -me font craindre que notre relation ne s'altère.

Je m'oriente vers la profession d'infirmier et j'intègre l'école Mercuzot du CHRU de Montpellier.

Trois ans d'expériences parfois difficiles dans cette formation toujours tournée vers le contrôle pour moi qui venait d'un enseignement universitaire me conduisent à l'obtention de mon diplôme. Je comprends aujourd'hui et grâce aux Sciences de l'Éducation la dissonance entre le projet visé et les projets programmatiques de ma formation et le pourquoi des tensions qu'elles génèrent en moi.

Ma candidature est retenue par le CHRU pour un poste en réanimation polyvalente où j'ai pu donner du sens aux mots éthiques, empathie, prendre soins, accompagner, souffrance, équipe de soins.

4 ans de soins en réanimation mais toujours l'envie de comprendre, d'apprendre. Mon chef de service dirige l'École d'Infirmiers Anesthésistes et me propose de présenter ma candidature au concours d'entrée

Suivent 24 mois de formation, l'obtention d'un diplôme d'état et de nouvelles compétences.

Grâce à l'Université j'avais pressenti la posture d'auteur mais mes nouvelles compétences font toujours de moi un agent soumis prescrit voire un acteur.

C'est aujourd'hui que je peux poser des mots sur ses interrogations qui me conduisaient à toujours me former : DU de recherche clinique, DU de prise en compte de la douleur et nombre de formations internes au CHU.

Mais ces formations m'autorisent à intégrer le CLUD, instance hospitalière

Le CLUD me permet une posture d'auteur en participant à la création de référentiels, de recommandations, de bonnes pratiques.

De manière spontanée je commence à acquérir une attitude réflexive au cours de mes formations auprès des étudiants, des soignants, lors de mes prises de parole lors de congrès

Co auteur avec mon cadre de santé-de la mise en place d'une unité mobile douleur aigue et post opératoire afin d'améliorer les pratiques professionnelles, gérer les risques et la sécurité lors de la gestion de la douleur post opératoire.

De nouvelles missions très enrichissantes que je réalise de manières instinctives m'obligent à donner du sens aux mots évaluation/formation/EPP/ analyse des pratiques professionnelles /compétences.

J'entreprends des recherches afin de trouver une formation conforme à mes attentes et accompagnée par Paule Bourret, infirmière diplômée d'état, Docteur en Sociologie, cadre supérieur à l'IFCS je m'inscris au Master 2 en Sciences de l'Education mention RFE.

.1.2.Le projet de formation en master 2 professionnel

L'échange avec Paule Bourret m'a permis de mesurer mes manques quant à mes compétences au regard de l'évaluation, la formation des étudiants, des soignants, mon statut de tuteur des étudiants IADE en stage, de référent douleur ; mes interrogations quant à la posture de l'IADE.

J'ai ainsi saisi l'importance d'être formée à la démarche scientifique.

Le contenu de la formation du Master 2 en Sciences de l'Education m'a paru être le plus adapté à mes attentes.

Cette formation devrait m'aider à trouver les mots afin de définir le mal être de l'infirmier et plus spécifiquement de l'IADE et ce au travers de concepts.

Comprendre le désir d'autonomie impossible et les dissonances que cela sous tend au quotidien que ce soit en formation et(ou) dans l'exercice professionnel et trouver les outils nécessaires à l'évolution de la posture d'agent à celle d'auteur de l'IADE et ce au travers de pratiques avancées.

Mais aussi donner du sens à la formation ,à l'évaluation et à l'analyse de nos pratiques professionnelles pour autoriser de nouveaux possibles et ne pas enfermer le soignant dans l'unique cadre géré par des normes ,références, compétences et de la législation.

Cette formation universitaire va me permettre de mieux appréhender de nouveaux possibles axés soit vers l'EPP soit vers un poste de consultant-expert en douleur postopératoire .

1.3. Le projet professionnel

Intégrer un cursus universitaire après quasi 30 ans d'expérience en soins et formation est le moyen de mettre en commun mes savoirs expérientiels, mes savoirs savants et de pouvoir grâce aux Sciences de l'Education mettre des mots, donner du sens et comprendre le trouble identitaire ressenti par les IADE et les infirmiers en général.

Comprendre et mesurer la dissonance qu'il existe entre le projet visé et les projets programmatiques et son incidence sur la relation formateur et l'étudiant.

Contribuer grâce aux Sciences de l'Education à donner aux étudiants IADE et formateurs une attitude réflexive.

M'autoriser et aider mes pairs à s'autoriser pour permettre de nouveaux possibles dans le soin en anesthésie -réanimation par la participation à l'évolution de notre décret de compétences.

Introduire les pratiques avancées en soins dans la pratique de l'anesthésie réanimation

Péoc'h et Saint-Jean (2012) : *« La pratique avancée s'entend dans l'extension de savoirs experts dans les domaines de la clinique, du management, de la formation et de la recherche. Il ne peut en être autrement. Aux niveaux juridique et réglementaire, la pratique avancée pose la question d'un changement de paradigme de la définition de l'exercice infirmier et des professions paramédicales : comment réussir le changement d'une vision du soin en termes de listes d'actes à accomplir (poiesis) en une vision du soin innovante en termes de missions dans un champ d'activité dédié (praxis) ?« Pour ce qui est de l'avenir, il ne s'agit pas de le prévoir mais de le rendre possible », disait Antoine de Saint-Exupéry. Il s'agit, demain, de convoquer la confiance, l'explicitation et*

le sens donné à cette pratique avancée pour agir ensemble au sein des milieux médical et paramédical. ».

Permettre la croisée entre Sciences De l'Education et soins en anesthésie –réanimation afin d'ouvrir de nouvelles thématiques de recherche et peut être si mes compétences l'autorisent poursuivre un cursus universitaire par une thèse de troisième cycle en Sciences De l'Education

«Pour ce qui est de l'avenir, il ne s'agit pas de le prévoir mais de le rendre possible »
(Antoine de Saint Exupéry)

1.4. Thème du mémoire

Contribution des Sciences De l'Education à la recherche de pratiques avancées pour l'infirmier-anesthésiste

A l'aide d'entretiens auprès de patients, IADE et MAR permettre de nommer les nouvelles compétences réglementaires que pourraient acquérir les IADE au niveau réglementaire et ce au regard des théories et modèles en Sciences De l'Education et plus particulièrement du modèle de la Posture.

Définir des pratiques avancées en soins pour les IADE.

1.5. Utilité sociale de la recherche

IADE depuis plus de 20 ans je suis en recherche permanente de ce qui a construit l'identité professionnelle de cette Profession dont l'histoire et les pratiques professionnelles sont originales.

L'objectif de l'étude est de pouvoir nommer les pratiques avancées en soin d'anesthésie-réanimation au regard des modèles en Sciences de l'Education pour les faire reconnaître et admettre au niveau réglementaire.

Comme le disent, Péoc'h et Saint-Jean (2012) *« la pratique avancée pose la question d'un changement de paradigme de la définition de l'exercice infirmier »*

C'est dans ce sens et avec de telles valeurs que je souhaiterais participer à ce changement de paradigme qui permettrait aux IADE d'accéder à une posture d'Auteur et d'ainsi

améliorer la réflexivité nécessaire à l'amélioration de la prise en compte des patients et d'optimiser le statut de l'étudiant et du formateur tant en institution que sur les lieux de stage en privilégiant le statut de l'Apprenant .

En synthèse cette recherche vise à :

1.5.1. Améliorer la santé des patients

1.5.2. Améliorer la qualité des soins et de la formation

1.5.3. Améliorer la qualité de vie au travail des IADE

1.5.4. Optimiser la gestion des risques liés aux soins et plus particulièrement à l'anesthésie

1.5.5. Valoriser les compétences et favoriser l'autonomie de l'IADE

1.5.6. Améliorer le binôme IADE/MAR et l'interdisciplinarité

1.5.7. Donner une représentation sociale conforme de l'IADE

2. Etats des lieux de la recherche

2.1 Histoire de la profession d'infirmière

L'apparition du mot "*enfermier*" date du 13^{ème} siècle mais c'est à la charnière des 19^{ème} et 20^{ème} siècles que l'appellation d'infirmière sera officiellement adoptée.)

Le mot « infirmier » date de 1398 et son étymologie vient de « infirme », une des traductions archaïques du mot « infirmus » désignant malade, invalide. (Infirmus)

Dans l'Antiquité, soigner est un acte de vie, fait par toute personne alors qu'au début du Christianisme, soigner devient une obligation sacrée.

Entre les V^{ème} et XIX^{ème} siècles, la création des maisons de malades, de vieillards et d'orphelinats émerge sous l'impulsion des évêques.

A partir du XII^{ème}, on observe la création de fondations hospitalières où les soins sont donnés par des nobles ou des bénévoles. Certains frères et sœurs se consacrent aux domiciles.

A la Révolution de 1789, l'existence des hôpitaux est remise en question par manque de principes sanitaires.

Au XX^{ème} siècle, les progrès fulgurants de la médecine et de la chirurgie ainsi que les découvertes de Pasteur donnent vie à des auxiliaires médicaux formés.

Le 28 octobre 1902, la profession d'infirmière est reconnue de façon officielle par une circulaire.

1908 : naissance du premier service de soins à domicile privé.

1913 : formation d'infirmière diplômée d'Etat (gardes malades et visiteuses).

1922 : diplôme officiel conférant le titre professionnel : c'est alors un brevet de capacité professionnelle d'infirmière diplômée d'Etat français.

25 février 1923 - 18 juillet 1924 : des décrets définissent son rôle : soins aux malades, enseignement des règles d'hygiène, rédaction de rapports précis sur ses activités, établissement de règles de déontologie. Son travail est réglementé avec un nombre d'heure limité.

1929 : apparition des infirmières exerçant à titre libéral en liaison avec la découverte de la pénicilline

18 février 1938 : création de 2 diplômes d'Etat : celui d'infirmière diplômée d'Etat hospitalière en 2 ans d'étude et celui d'infirmière diplômée d'Etat d'assistance du service en 3 ans.

31 mai 1978 : loi définissant la profession d'infirmière

12 mai 1981 : décret relatif à l'exercice de la profession, reconnaissant notre compétence qui sera réactualisé 3 fois

Jusqu'en 1972, les programmes de formation « *...sont construits autour du rôle idéologique et moral de l'infirmière, base des pratiques de soins aux malades, et du rôle technique, base de l'auxiliarat médical... en fait, c'est la formation qui construit le rôle infirmier et ajuste à ce rôle la pratique des soins donnés par les infirmières* » écrit Collière (1982).

Le décret du 5 septembre 1972 relatif aux études préparatoires et aux épreuves du diplôme d'État d'infirmier fait apparaître le concept de plan de soins infirmiers. C'est l'affirmation d'un début d'autonomie de l'exercice professionnel.

La loi du 31 mai 1978 qui reconnaît à l'infirmière **un rôle propre**. L'émancipation des infirmiers (la profession s'est masculinisée, sans doute cela a-t-il eu un impact sur cette émancipation) par rapport au corps médical est en route.

La réforme du 31 mai 1978 précise la définition de la profession d'infirmier : « Est considéré comme exerçant la profession d'infirmière ou d'infirmier toute personne qui, en fonction des diplômes qui l'habilitent, donne habituellement des soins infirmiers sur prescription ou conseil médical, ou bien en application du rôle propre qui lui est dévolu » (Décret 1972)

Cette loi est fondamentale car elle instaure **un rôle propre**, autorisant l'administration autonome de certains soins infirmiers.

L'exercice de la profession est réglementé par des décrets, dits de compétence, dressant la liste des soins que les infirmiers sont habilités à dispenser

17 juillet 1984: décret relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier, modifié le 30 août 1988, le 6 octobre 1989 et le 29 décembre 1992

15 mars 1993 décret relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier

11 février 2002 décret relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier Les articles de ce dernier décret sont, depuis 2004, codifiés au Code de la Santé Publique (articles R 4311-1 à R 4311-15).

16 février 1993 : décret portant création des règles professionnelles des infirmiers et infirmières.

Les articles de ce décret sont, depuis 2004, codifiés au Code de la Santé Publique (articles R 4312-1 à R 4312-49).

Le 21 décembre 2006 : Création de l'ordre infirmier (JO du 27 décembre 2006):

Pour structurer la profession, il existe une multitude d'associations professionnelles auxquelles les infirmières participent peu

4% des infirmières syndiquées, il n'y a pas de représentativité nationale de la profession ce qui fait qu'elle n'est jamais consultée sur les textes qui la concerne

Le but de l'ordre est de créer un interlocuteur commun unique pour les pouvoirs publics permettant aux infirmières de donner leur avis

Il permet aussi de donner une représentativité au niveau européen et international de la profession

Le 31/07/2009 LMD accords de Bologne

Juillet 2009, une nouvelle réforme de la formation est définie par l'arrêté du 31/07/2009. Elle s'inscrit ainsi dans l'évolution des besoins et des offres de santé comme des progrès constants de la médecine Elle repose sur 3 piliers :

L'universitarisation : afin de respecter les accords de Bologne de 1999 en adoptant un système de diplôme à trois niveaux LMD (Licence, Master, Doctorat), répondre aux étudiants et aux professionnels quant à la reconnaissance de la profession.

L'approche par compétences : elle permet l'harmonisation de la délivrance des diplômes et une meilleure adéquation entre métier, emploi et formation. Elle positionne l'étudiant en tant qu'acteur de sa formation et favorise la professionnalisation.

L'inter professionnalité : l'articulation entre cette approche par compétences et l'université devrait permettre la mise en place de passerelles entre différentes professions et donc favoriser l'inter professionnalité.

Le nouveau dispositif de formation a été construit à partir de la définition des activités du métier et des compétences nécessaires à son exercice. La formation se déroule aujourd'hui sur trois années scolaires de septembre à juin. Chaque année comprend deux semestres composés d'Unités d'Enseignement (UE) dont 70% sont dispensées par des enseignants universitaires.

A l'issue de la formation, le ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche délivre aux étudiants **un grade de licence** s'ils ont validé l'ensemble des UE et les stages prévus dans le référentiel de formation.

2.2. Histoire de la profession d'IADE et de l'anesthésie et les pratiques avancées

2.2.1. Histoire de la profession d'IADE et de l'anesthésie

A ses débuts, l'anesthésie ne s'impose pas en tant que discipline médicale reconnue, mais comme une activité périphérique de la chirurgie.

▀ 1887 Les documents les plus récents, faisant état d'une anesthésie délivrée par une infirmière, mentionnent le nom de sœur Mary Bernard qui travaillait à l'hôpital de St Vincent, à Erié en Pennsylvanie.



Figure 1 : Sœur Mary Bernard

▀ 1889 à 1908 Catalyseur à l'origine de la reconnaissance de la profession par le développement de la pratique infirmière avancée en anesthésie, l'infirmière anesthésiste la plus connue aux USA est **Alice Magaw**, qui travailla à l'hôpital Ste Mary, qui deviendra la Mayo clinic, sous l'impulsion des frères Mayo (Rochester Minnesota).



Figure2 : Alice Magaw

Le docteur Charles Mayo conféra à Alice Magaw (1860/1928) le titre de *mère de l'anesthésie*, notamment pour sa maîtrise de l'hypnose associée au chloroforme ou à l'éther, afin d'en diminuer les doses, (jusqu'à 80%) et les risques associés, inaugurant ainsi la technique de l'hypno-sédation.

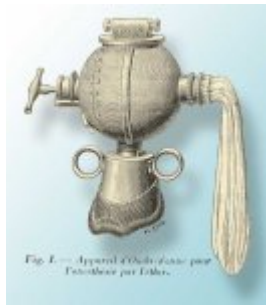


Figure3 : Appareil d'anesthésie

Alice Magaw (1889 à 1908) élargi le rôle **de l'infirmière anesthésiste clinicienne afin d'inclure l'enseignement, le tutorat, et la recherche**. À une époque où l'anesthésie était plus crainte que la chirurgie elle-même, Magaw démontra que l'intégration des principes de soins infirmiers dans le processus de l'anesthésie pouvait réduire les appréhensions des patients et améliorer la sécurité de l'anesthésie. (Médecine factuelle c'est-à-dire médecine basée sur des preuves venant d'études cliniques)

Une centaine d'années avant, "*l'evidence-based practice*" a été inventé par Miss Magaw qui publie ses résultats d'anesthésie dans les revues médicales, et présente ses données bien avant l'existence de sociétés médicales. Elle a également acquis une réputation internationale pour avoir délivré 14.000 anesthésiques sans décès imputable à l'acte anesthésique lui-même.

■ 1908 Cleveland, Ohio, le chirurgien George Crile demande à l'infirmière anesthésiste Agatha Hodgins de devenir son anesthésiste. Hodgins enseigna à des infirmières, des médecins et des dentistes sur des bases informelles, l'art de l'anesthésie.

En 1914 Crile et Hodgins vinrent en France, dans le corps des ambulances Américaines, afin d'aider l'établissement d'hôpitaux qui prendraient en charge les blessés et les malades des forces alliées.

Hodgins enseigna à des infirmières anglaises et françaises, comment administrer un mélange oxygène-protoxyde d'azote. De retour à Cleveland, elle fonda l'école d'anesthésie du Lakeside hospital.

17 juin 1931 l'âme des pionniers anime Agatha Hodgins qui fonde l'Association nationale des infirmières anesthésistes (National Association of Nurse Anesthetists:NANA).

Huit ans plus tard, l'association NANA change son nom, pour devenir l'actuelle Association américaine des infirmières anesthésistes : American Association of Nurse Anesthetists : qui devrait être une référence pour tous les IADE. Elle est l'association professionnelle de l'anesthésie la plus ancienne aux USA.

Puissante, organisée, elle obtiendra la reconnaissance politique, économique et publique qui fait encore défaut en Europe et notamment en France, où l'on a tendance dans les sphères médicales, à voir dans ce petit personnel, un exécutant plus qu'un collaborateur efficace et bien formé.

▀ 1937 : La société française d'étude de l'anesthésie et de l'analgésie (l'ancêtre de la SFAR) a dans ses rangs, sept médecins anesthésistes. L'anesthésie est très souvent délivrée par une personne non formée, sous la responsabilité du chirurgien, seul maître à bord.

▀ 1944, l'armée américaine libère la France, elle a dans son corps sanitaire des médecins anesthésistes mais surtout des infirmiers anesthésistes. Déjà durant le premier conflit mondial, les infirmières anesthésistes américaines étaient les principales praticiennes de l'anesthésie sur les champs de batailles.



Figure4 : Une IADE au bloc opératoire

L'anesthésie va commencer à s'organiser à ce moment.

▀ En 1947, se retrouvent sur les mêmes bancs de la Faculté de médecine de Paris, médecins et infirmiers pour un enseignement d'un an.

► En 1949, est créé par la Faculté, un enseignement destiné aux paramédicaux, sanctionné par une attestation de fin d'étude

L'école des infirmières aide anesthésistes de l'hôpital Saint Germain en Laye est la première à ouvrir ses portes.

► 1951 Création du syndicat professionnel

► **En 1961, le premier programme d'étude en deux ans** est assorti d'un haut niveau de connaissances. : Un certificat d'aptitude aux fonctions d'aide anesthésiste est délivré. Le ministère inscrit l'anesthésie générale dans les actes professionnels autorisés aux infirmiers, bien malgré le corps médical...

A partir de cette date, les infirmiers aide anesthésistes entrent dans le corps des infirmiers spécialisés et vont bénéficier d'un statut particulier avec leur propre filière et une représentativité de droit par l'intermédiaire de leur syndicat professionnel. Les conditions de travail sont particulières. Peu de moyen, beaucoup de volontés. D'aucuns diront que la situation n'a guère évoluée.

L'éther disparaît au profit du fluothane. Le paysage de l'anesthésie française ressemble à un désert, avec souvent sur Paris un anesthésiste pour la rive droite et son homologue pour la rive gauche... Les traitements médicaux son rares, et les malades lourds n'existent pas, car ils sont morts des suites de leurs pathologies.

L'infirmière anesthésiste délivrait l'anesthésie sous couvert du chirurgien. Elle était rémunérée à l'heure dans les hôpitaux publics ou était employée par les chirurgiens dans les structures privées.

Les médecins anesthésistes commencent à investir les blocs opératoires, et voient en la personne « à la tête », un obstacle plutôt qu'un avantage. Les équipements sont rudimentaires, lourds, pas adaptés, mais ils existent.

► **1964 : création des départements d'anesthésie qui donnent l'indépendance de fait aux médecins anesthésistes vis à vis des chirurgiens.**

▀ 1967 : Mr René Baumann, professeur en chirurgie, fait une communication "historique" à l'Académie de médecine pour demander la suppression des infirmier(e)s aide anesthésistes (IAA).

▀ 1971 : publication au journal officiel du programme des études en anesthésie. Plusieurs écoles ouvrent, la formation de la faculté de médecine est arrêtée et l'Assistance Publique de Paris ouvre une école en 1973.

▀ 1974 : *protège-moi de mes amis, mes ennemis je m'en charge...*

Les médecins anesthésiste réanimateur (MAR) s'aperçoivent que l'anesthésie rapporte de l'argent dans les structures privées, et procure du pouvoir à l'hôpital public. Ils cherchent à faire disparaître les infirmier(e)s aide anesthésistes, pour les remplacer par des techniciens, dénués de formation aux soins, analogues aux inhalothérapeutes du Québec.

Certains chirurgiens réputés, sont hostiles aux infirmier(e)s aide anesthésistes. Mais c'est mal connaître l'esprit de corps des infirmier(e)s aide anesthésistes, qui va résister encore et toujours face à l'envahisseur. Les syndicats de MAR cherchent pour la troisième fois à faire disparaître la profession des IAA. Un amendement est déposé au Parlement à cet effet.

Par l'action conjointe de son syndicat professionnel, des directeurs d'hôpitaux et certains médecins anesthésistes, la profession obtient le retrait de l'amendement déposé au Parlement.

Mais certains anciens IAA, partisans de l'exercice libéral, préfèrent opter pour la solution préconisée par les syndicats médicaux, à savoir la disparition de la profession IAA. Toutefois, d'autres IAA, plus jeunes en exercice, pressentent que l'évolution est inéluctable et que les MAR auront une place prépondérante.

Ils décident donc par leur vote majoritaire lors d'une assemblée générale du syndicat professionnel des infirmières aide- anesthésiste, de s'inscrire dans la voie de la sauvegarde.

► 1981 : le Décret 81-539 du 12 mai 1981 relatif à l'exercice de la profession d'infirmier, est la quatrième opportunité pour les MAR de demander la suppression de l'anesthésie générale des actes infirmiers.

Le syndicat professionnel fait preuve d'une certaine subtilité en éditant la "fameuse" liste des 100 gestes contributifs à l'anesthésie générale, sans en citer une seule fois le nom.

L'Académie de médecine dépose les armes.

Le décret de 1981 et le Décret n°84-689 du 17 Juillet 1984, (*modifié par le Décret 2002-194 du 11 février 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier(e)*), comportent donc le terme anesthésie générale dans les actes infirmiers. Mais les médecins (via leurs syndicats et la SFAR) vont tout faire pour en réduire l'importance et la portée.

► 1988

Le 30 août 1988, publication du Décret N° 88-902, modifiant le décret du 17 juillet 1984 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier et créant l'article 5 bis, instituant l'exclusivité de compétence pour la pratique de l'anesthésie aux seuls infirmiers titulaires du certificat de spécialisation en anesthésie-réanimation.

Publication le même jour du Décret N° 88-903 créant un certificat d'aptitude aux fonctions d'infirmier spécialisé en anesthésie- réanimation (I.S.A.R) et l'arrêté relatif à la formation des ISAR (nouveau programme d'études sous le contrôle des DRASS).

► Automne 1988 : grève infirmière. Le public découvre les salaires de misère que l'on octroie aux soignants. Les images des infirmières arrosées à la lance anti-émeute jouent en leur faveur, et donnent "mauvaise conscience" au gouvernement socialiste. Le président Mitterrand reconnaîtra que les infirmières « doivent avoir leur dû ».

► Le 30 novembre 1988, le Décret n° 88-1077 est publié et offre une nouvelle classe : la classe supérieure, entre la classe normale et la classe des surveillants de soins. L'article 5, donne aux IADE de classe normale, la possibilité de passer en classe supérieure avec 10 ans d'exercice professionnel, sur quota.

- ▀ 9 février 1990 : le protocole DURAFOUR accorde 26 (1990) puis 30 (1991) et enfin 34 points indiciaires de NBI (1992)
- ▀ **17 décembre 1991** : création du Diplôme d'Etat D'Infirmier(e) Anesthésiste. (Décret n° 91-1281) Les promotions (janvier 1990 - janvier 1992, sont les premières en France à en bénéficier. (Accords Durieux).
- ▀ Janvier 1993 : 7 points supplémentaires de NBI (Décret no 93-699 du 27 mars 1993 modifiant le décret no 93-92 du 19 janvier 1993)et (Décret no 93-700 du 27 mars 1993 modifiant le décret no 90-789 du 6 novembre 1990) , 1 an de gain d'échelon et passage à 100% de tous les IADE dans le 2ème grade de la C.I.I (Catégorie Indiciaire Intermédiaire, Décret no 94-73 du 25 janvier 1994 modifiant le décret no 88-1077 du 30 novembre 1988)
- ▀ 15 mars 1993 : article V bis du décret de compétences modifié par le décret n°93 345 qui est l'article 7 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier. Uniformisation de l'enseignement dans les écoles d'IADE
- ▀ 15 mars 1998 : C'est à l'AG des IADE d'Ile-de France que la décision de créer une association loi 1901, est prise. L'association s'appellera Collectif National des Infirmier(e)s Anesthésistes* (CNIA).
- ▀ Les 14 mai et 25 juillet 1998 : suite à deux assemblées générales, provoquées par Marie Josée Breteau, ancienne secrétaire de la Coordination Nationale des IADE en 1992, les infirmier(e)s anesthésistes repartent en croisade. Le fautif : l'article D 712-71 du décret du 30 mai 1997 relatif à la composition des équipes du Smur qui ne rend donc pas nécessaire la présence d'un IADE dans les ambulances de Smur voire même les en écarte.
- ▀ Septembre 1999 : débute au ministère un groupe de travail sur notre décret de compétences. L'hostilité déclarée de l'ensemble des syndicats des MAR incitera à créer une intersyndicale - CNIA, SNIA, Sud CRC, CGT, UNSA, CFTC, CGC - dont le travail collectif portera ses fruits. 24 janvier 2000 : l'Intersyndicale organise une journée de grève qui sera suivie par 80% des IADE.

▸ 1er février 2000 : sous la pression des IADE le ministère soumet à l'Intersyndicale le projet de décret de compétences à venir, arbitré par Mme GILLOT.

▸ Printemps 2001, fin des manifestations IADE. Suivant une dernière manifestation fort réussie en Avignon, le 3 mars 2001, le SNIA entre dans une longue phase de sommeil quelques temps après reste le syndicat, unique représentant de la profession IADE.



Figure5 : Grève des IADE

▸ 31 décembre 2001 Décret no 2001-1374 du 31 décembre 2001 modifiant le décret n°88-1077 du 30 novembre 1988 modifié portant statuts particuliers des personnels infirmiers de la fonction publique hospitalière

▸ Décret n°2001-1378 du 31 décembre 2001 relatif au classement indiciaire des personnels infirmiers de la fonction publique hospitalière

Arrêté du 31 décembre 2001 relatif à l'échelonnement indiciaire des personnels infirmiers de la fonction publique hospitalière



Figure6 : Manifestation des IADE devant le Ministère de l'Intérieur

▸ 11 mars 2010 : Devant la menace du protocole Bachelot du 2 février 2010 pour le passage dans la catégorie A de la fonction publique hospitalière et mise en place du LMD

Les IADE repartent en croisade pour la défense de leur profession, faire reconnaître sa pénibilité, l'exclusivité de compétence et l'accession au niveau Master comme prévu par les accords européens.

► Arrêté du 15 mars 2010 modifiant l'arrêté du 17 janvier 2002 relatif à la formation conduisant au diplôme d'Etat d'infirmier anesthésiste.

► 30 mars 2010

A nouveau, les IADE dans les rues de France, pour réclamer une juste reconnaissance et l'abrogation de cet article 30 inique qui n'est pas la réalité dans les hôpitaux de France.



Figure7 : Slogan des IADE en lutte

► 18 mai 2010

Montée en puissance des IADE qui démontrent leur pouvoir de nuisance, par une journée à inscrire en lettres d'or au fronton de la profession.

► 8 juin 2010

La journée de l'océan se traduit par une vague bleue déferlant sur l'arc de triomphe, roulant jusqu'au ministère de la santé, avant de s'échouer en beauté dans les salons dorés du Quai d'Orsay.

► 25 juin 2010

Les IADE se jouent encore des autorités policières en faisant croire à une mobilisation massive sur Paris. Mais dans mobilisation nationale, il y a nation. Donc sur l'ensemble du territoire ,avec des ARS investies massivement .Histoire de montrer au ministère que les IADE ne se démobilisent pas durant la trêve estivale. Bien au contraire.

1er octobre 2010

Annoncé un peu vite comme le D day IADE, le nombre n'était pas présent. Mais cette journée démontre un changement des ordres du ministère de l'intérieur : il faut casser le soldat Ryiade !! Violence policière ahurissante, les IADE radicalisent leur mouvement à la suite de cette journée.



Figure8 : Les IADE en lutte contre Roselyne Bachelot

Ils refusent d'être à leur poste sans assignations légales et organisent un acte inédit : **bloc mort national !**

Le ministère ouvre une cellule de crise, et pour la première fois, madame Bachelot rencontre les IADE le 6 octobre 2010.

Une proposition est faite. Les centrales syndicales, en dehors de la CGT et de SUD vont peut-être nous trahir en signant ce que nous refusons...

Mais les IADE n'en n'ont sans doute pas fini

Le rôle de l'infirmier anesthésiste est maintenant structuré au sein d'un service d'anesthésie dirigé par un médecin anesthésiste réanimateur et sous la responsabilité d'un cadre de la spécialité. L'infirmier anesthésiste est intégré dans une équipe anesthésique, en collaboration avec des médecins anesthésistes réanimateurs. L'exclusivité de compétence, obtenue en 1988 le protège dans son exercice français. En 1988, le programme suivi par celui de 2002, définit son exercice.

Le Décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004 est un décret de codification au Code de la Santé Publique (il englobe d'autres décrets).

L'article spécifique pour les IADE : article R.4311-12.

Mais celui-ci reste à parfaire devant l'évolution de la démographie médicale.

Aujourd'hui, les infirmiers anesthésistes sont incontournables dans le PAF (paysage anesthésique français).

Leurs compétences, leur esprit de corps, leur caractère leur ont assurés une certaine stabilité. Il serait vain cependant de croire que tout est fini. Les infirmiers anesthésistes se posent comme des partenaires exclusifs et à haute technicité des médecins anesthésistes réanimateurs, aux responsabilités diverses en pharmacovigilance, hémovigilance, matériovigilance, encadrement Ils assurent de part leur formation en soins, une relation spécifique auprès du patient, et sont garants d'une sécurité optimale au décours de tout acte d'anesthésie.



Figure9: Une scène de travail au bloc opératoire

Le 29 juillet 2012 publication au journal officiel du nouvel arrêté de formation IADE en lien avec le grade Master 2

JORF n°0175 du 29 juillet 2012 page 12376 texte n° 6

Arrêté du 23 juillet 2012 relatif à la formatif conduisant au diplôme d'état d'infirmier-anesthésiste.

NOR: AFSH1229694A

La ministre des affaires sociales et de la santé,

Vu le code de la santé publique, Vu le décret n° 2002-481 du 8 avril 2002 relatif aux grades et titres universitaires et aux diplômes nationaux ;

Vu le décret n° 2002-482 du 8 avril 2002 portant application au système français d'enseignement supérieur de la construction de l'Espace européen de l'enseignement supérieur

Vu le décret n° 2002-550 du 19 avril 2002 modifié portant statut particulier du corps de directeur des soins de la fonction publique hospitalière

Vu le décret n° 2008-824 du 21 août 2008 relatif à la formation professionnelle tout au long de la vie des agents de la fonction publique hospitalière

Vu l'arrêté du 31 juillet 2009 relatif aux autorisations des instituts de formation préparant aux diplômes d'infirmier, infirmier de bloc opératoire, infirmier anesthésiste, puéricultrice, masseur-kinésithérapeute, pédicure-podologue, ergothérapeute, manipulateur d'électroradiologie médicale, aide-soignant, auxiliaire de puériculture, ambulancier, technicien de laboratoire d'analyses biomédicales, cadre de santé et aux agréments de leur directeur.

Vu l'avis du Haut Conseil des professions paramédicales du 6 juin 2012 ;

Vu l'avis de la commission consultative d'évaluation des normes du 7 juin 2012,

Vous trouverez cet arrêté dans sa globalité en annexe m du mémoire.

2.2.2. Historique des pratiques avancées

Le mode d'exercice de la médecine est en train de changer dans notre pays. Cette évolution est plurifactorielle : la diminution du nombre de médecins, les disparités régionales en matière d'offre de soins, la féminisation de la profession et le vieillissement de la population avec une demande sociale en soins plus constante et exigeante (notamment en France)

Les USA ont vécu certaines de ces situations il y a déjà quelques années et ont tenté de s'adapter en faisant évoluer entre autre le rôle de l'infirmier.

Nous entendons parler en France de transferts de compétences, de pratiques avancées, du droit de prescription. Comme tout changement, il peut avoir des peurs, des mécontentements.

Comment cela se passe t il aux USA ? Qu'est ce que la pratique avancée (Advanced practice) ?

Les infirmiers de pratique avancée sont des infirmiers diplômés d'Etat qui ont un niveau Master ou Doctorat en Science Infirmière.

Il existe quatre types de pratique avancée :

****Sage femme -Certified Nurse Midwife (CNM)**

****Infirmière anesthésiste -Certified Registered Nurse Anesthetist (CRNA)**

****Infirmière praticienne -Nurse practitioner (NP)**

****Infirmière clinicienne spécialisée -Clinical Nurse Specialist (CNS)**

Pour entrer dans les programmes de spécialisation il est demandé (sauf pour NP) quelques années de pratique en temps qu'infirmier DE (Registered Nurse)

Certaines des spécialisations (sage femme et infirmiers anesthésistes) existent depuis plus d'un siècle et se rapprochent de celles que nous connaissons en France.

Elles ont un rôle majeur dans l'amélioration des soins et des évolutions en soins infirmiers.

La pratique avancée permet une évolution intéressante pour les infirmiers qui désirent se spécialiser dans le panel des disciplines médicales.

Les infirmiers sont motivés à évoluer car cela est reconnu. Leur savoir sera mis à profit au sein du service et exploité. En général les infirmiers de pratique avancée pourront espérer un salaire plus élevé.

Du fait de ces évolutions qui donnent de plus en plus de responsabilité aux infirmiers mais avec une reconnaissance, le personnel de santé est plus motivé à évoluer. Ce qui est bénéfique pour la prise en charge des patients.

Aux USA, il y a moins de médecins qu'en France par rapport à la population : 3,4 médecins pour 1000 habitants en France contre 2,4 aux USA. La présence d'infirmière de pratique avancée est donc très bénéfique pour le confort du patient et économiquement.

Les pratiques avancées se développent aussi en Europe depuis les années 80, notamment en Europe du Nord, Suède, Danemark, Finlande, surtout, mais aussi plus récemment aux Pays Bas et en Allemagne. L'Espagne s'y intéresse également.

2.2.3. Les pratiques avancées aujourd'hui

Le conseil International des infirmières donne une définition des pratiques avancées (2008)

La France a repris cette définition dans son intégralité par le biais de l'Association Nationale Française des Infirmiers et Infirmières diplômés et Etudiants. (ANFIIDE)

« une infirmière praticienne en pratiques avancées est une infirmière diplômée d'état ou certifiée qui a les connaissances théoriques ,le savoir faire nécessaire aux prises de décisions complexes de même que les compétences cliniques indispensables à la pratique avancée de son métier, pratiques avancées dont les caractéristiques sont déterminées par le contexte dans lequel l' infirmière sera autorisée à exercer.(Une formation de base niveau maîtrise sera recommandée)»

Cette approche se retrouve dans l'ouvrage de Marie-Françoise Collière lorsqu'elle évoque le soin comme « soigner [...], le premier art de la vie (10) ». Au « prendre soin » comme praxis soignante, l'auteur oppose le « faire des soins » (poiesis) en tant que production d'actes parcellisée en tâches dissociées. Il existerait ainsi par essence une dichotomie entre l'activité prescrite (la prescription, le protocole, le protocole de coopérations) et l'activité soignante (un agir soignant qui admet l'émancipation sociale et l'autonomie du professionnel de santé comme la pratique avancée).

De même Péoc'h et Saint Jean dans Gestions hospitalières mettent en évidence les deux logiques du protocole de coopération et de la pratique avancée

Pour synthèse, un changement de paradigme s'impose pour passer de l'un à l'autre et permettre la Posture d'Auteur dans les pratiques avancées

La pratique	La praxis	
Il s'agit ici d'un vécu professionnel, ordonné et structuré par des systèmes de valeurs, des techniques, des savoir-faire. Les pratiques seraient habituelles, ritualisées, normées, professionnalisées	Il s'agit ici d'une pratique sociale en évolution qui accepte le changement, la mutation, le conflit, la contradiction. Dans l'idée de praxis, le premier niveau d'une théorisation de la pratique est admis	Définition

Le sujet est un agent. Il est essentiellement agi, voire soumis	Le sujet est un acteur autonome. Il est même un auteur, pourvu de conscience, capable de stratégie et d'initiatives. Il est créatif et coproducteur de sens	Posture
Sa visée est programmatique. Dans la pratique, nous sommes dans le « faire producteur », dans le programme (moyens, buts, objectifs)	Sa visée est l'innovation. Dans la praxis, nous sommes dans une logique d'émancipation sociale des acteurs (valeurs, principes philosophiques)	Projet
S'inscrit dans une logique de contrôle	S'inscrit dans une logique de questionnement	Evaluation

2.3. Référentiel de compétences IADE

Les référentiels d'activités et de compétences du métier d'IADE ne se substituent pas au cadre réglementaire

En effet un référentiel n'a pas pour vocation de déterminer des responsabilités

Il décrit les activités du métier puis les compétences

Celles ci sont rédigées en terme de capacités devant être maîtrisées par les professionnels et attestées par l'obtention du diplôme d'état

Un référentiel est un "*ensemble d'éléments écrits sur lequel il convient de s'appuyer pour conduire une activité d'évaluation qui aidera à la prise de décision*". (De Chambine et All., 2002)

« *La compétence est un " ensemble pertinent reconnu et éprouvé de représentations, capacités et savoirs mobilisés à bon escient par une personne ou un groupe dans une situation de travail.* » (Le Boterf, et All, 1995).

2.3.1. Champ d'activité des IADE

L'article R. 4311-12 du code de la santé définit le champ d'activité de l'IADE

****Préparation et organisation du site et du matériel d'anesthésie en fonction du patient, du type d'intervention et du type d'anesthésie**

****Mise en œuvre et suivi de l'anesthésie et de l'analgésie en fonction du patient, de l'intervention et de la technique anesthésique**

****Mise en œuvre et contrôle des mesures de prévention des risques, opérations de vigilance et traçabilité en anesthésie-réanimation**

****Information, communication et accompagnement du patient tout au long de sa prise en**

charge

**Coordination des actions avec les autres professionnels

**Veille documentaire, études, travaux de recherche et formation continue en anesthésie réanimation, douleur et urgences

**Formation des professionnels et des futurs professionnels

Vous trouverez en annexe le champ d'activité dans son intégralité.

2.3.2. Référentiel de compétences IADE

1 Anticiper et mettre en place une organisation du site d'anesthésie en fonction du patient, du type d'intervention et du type d'anesthésie.

2 Analyser la situation, anticiper les risques associés en fonction du type d'anesthésie, des caractéristiques du patient et de l'intervention et ajuster la prise en charge anesthésique

3 Mettre en œuvre et adapter la procédure d'anesthésie en fonction du patient et du déroulement de l'intervention

4 Assurer et analyser la qualité et la sécurité en anesthésie réanimation

5 Analyser le comportement du patient et assurer un accompagnement et une information adaptée à la situation d'anesthésie

6 Coordonner ses actions avec les intervenants et former des professionnels dans le cadre de l'anesthésie-réanimation, de l'urgence intra et extrahospitalière et de la prise en charge de la douleur

7 Rechercher, traiter et produire des données professionnelles et scientifiques dans les domaines de l'anesthésie, la réanimation, l'urgence et l'analgésie

Vous trouverez en annexe l'intégralité du champ de compétences de l'IADE

2.4. Textes réglementaires en lien avec la profession d'IADE et démographie IADE

2.4.1. Textes réglementaires en lien avec la profession d'IADE

Les textes réglementaires de la profession d'IADE découlent de ceux de l'exercice infirmier puisqu'il est réglementaire d'être infirmiers pour prétendre suivre la formation IADE

Exercice Infirmier-Anesthésiste

Décret n° 88-903 du 30 août 1988 : créant un certificat d'aptitude aux fonctions d'infirmiers spécialisé en anesthésie-réanimation.

Modifié par le décret du 17 décembre 1991 créant un diplôme d'Etat d'infirmier anesthésiste

Décret N° 91-1281 du 17 décembre 1991, modifiant le décret n° 88-903 du 30 août 1988 créant un Diplôme d'État d'Infirmier Anesthésiste.

Circulaire DH/FH3 du 27 janvier 1992 : relative au développement de l'accès des infirmiers anesthésistes aux grades d'encadrement (BO 97-2).

Arrêté du 20 janvier 1993 : modifiant l'arrêté du 30 août 1998 relatif à la formation préparant au diplôme d'infirmier anesthésiste (JO du 4 février 1993).

Arrêté du 17 janvier 2002 : relatif à la formation conduisant au diplôme d'Etat d'infirmier anesthésiste

Dimanche 29 juillet 2012 L'arrêté de formation conduisant au diplôme d'état d'infirmier anesthésiste a été publié au journal officiel de la république française

Il précise le rôle et le fonctionnement des écoles d'IADE, les conditions d'admission à l'école, de la scolarité, des modalités d'évaluation...

La maquette de la formation, les référentiels (d'activité, métier, compétences) constituent les annexes. Elles ne paraîtront que mi-août dans le Bulletin Officiel Santé - Protection sociale - Solidarités de juillet 2012 (07/2012)

Les IADE se félicitent de cette parution, pour le travail ardu qu'il a fallu réaliser par les représentants de la profession afin de concilier les exigences incontournables de l'université et les exigences en matière d'excellence professionnelle chères à toute la filière IADE.

La profession d'infirmier(e) anesthésiste diplômé(e) d'état devient ainsi la première profession paramédicale spécialisée reconnue au grade de Master.

JORF n°0175 du 29 juillet 2012 page 12376

Arrêté du 23 juillet 2012 relatif à la formation conduisant au diplôme d'Etat d'infirmier anesthésiste

NOR: AFSH1229694A

La ministre des affaires sociales et de la santé

Vu le code de la santé publique

Vu le décret n°2002-481 du 8 avril 2002 relatif aux grades et titres universitaires et aux diplômes nationaux

Vu le décret n° 2002-482 du 8 avril 2002 portant application au système français d'enseignement supérieur de la construction de l'Espace européen de l'enseignement supérieur

Vu le décret n° 2002-550 du 19 avril 2002 modifié portant statut particulier du corps de directeur des soins de la fonction publique hospitalière

Vu le décret n° 2008-824 du 21 août 2008 relatif à la formation professionnelle tout au long de la vie des agents de la fonction publique hospitalière

Vu l'arrêté du 31 juillet 2009 relatif aux autorisations des instituts de formation préparant aux diplômes d'infirmier, infirmier de bloc opératoire, infirmier anesthésiste, puéricultrice, masseur-kinésithérapeute, pédicure-podologue, ergothérapeute, manipulateur d'électroradiologie médicale, aide-soignant, auxiliaire de puériculture, ambulancier, technicien de laboratoire d'analyses biomédicales, cadre de santé et aux agréments de leur directeur.

Vu l'avis du Haut Conseil des professions paramédicales du 6 juin 2012 ;

Vu l'avis de la commission consultative d'évaluation des normes du 7 juin 2012,

Vous trouverez cet arrêté dans sa globalité en annexe du mémoire.

Exercice infirmier

Décret N° 2002-194 du 11 février 2002 : relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier. Abrogé par le Décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004 - Remplacé par le code de santé publique (Nouvelle partie Réglementaire) Quatrième partie : Livre III, Auxiliaires médicaux, Titre Ier : Profession d'infirmier ou d'infirmières

2.4.2. Démographie IADE et MAR

2.4.2.1. IADE

8758 IADE exercent en France au 1^{er} Janvier 2012

Les données transmises par la DREES en Février 2012 faisaient état de : 8645 professionnels en exercice

69,66% de femmes (6101) et 30,34% d'hommes (2657)

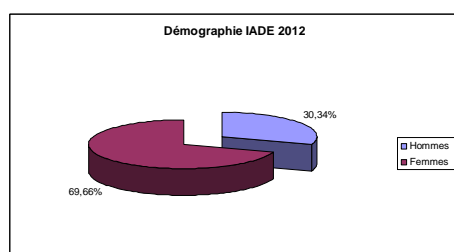


Figure.10 Répartition de la population IADE par genres en 2012.

Tableau représentant l'évolution de la démographie IADE

2001	5776
2002	6045
2003	6340
2004	6636
2005	6908
2006	7183
2007	7483

2008	7542
2009	7930
2010	8282
2011	8526
2012	8758
ANNEE	EFFECTIF

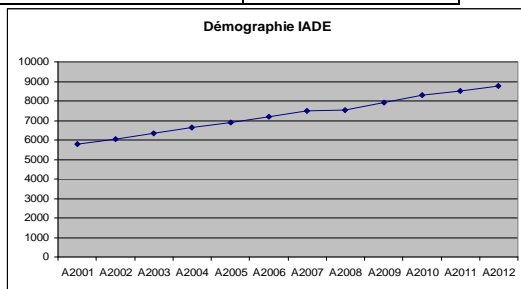


Figure11 : Démographie IADE

2.4.2.2. MAR

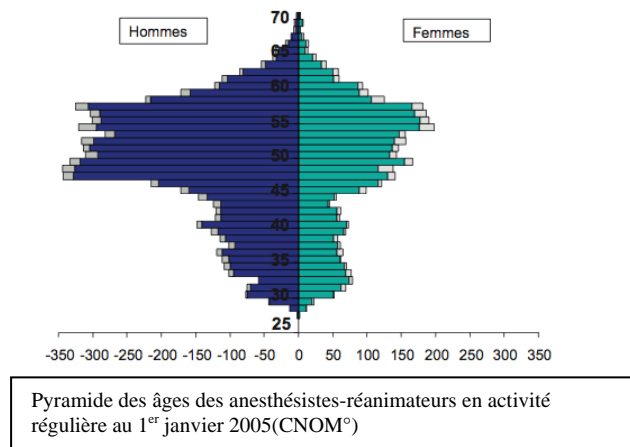


Figure 12 : Pyramide des âges

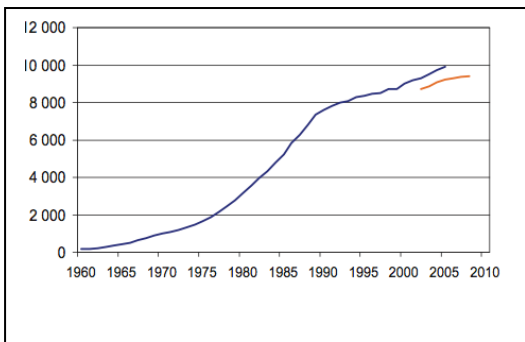


Figure13 : Démographie médicale

D'ici 2020, 5129 MAR âgés de 50 à 64 ans auront quitté la profession, soit plus de la moitié du corps professionnel (52.3%) de 2005.

L'âge moyen est de 49.8 ans au 1^{er} janvier 2005, contre 45.9 en 1999 et 42.8 en 1989.

Les 50/59 ans ont presque triplé

Les moins de 50 ans ne cessent de baisser 47.5 en 2005, 68.2 en 1999 et 80% en 1989.

L'augmentation du nombre d'internes dans la filière a enrayé la baisse sans pour autant la stopper :

-11% en 2020

-13% en 2025

Et ce sous l'hypothèse du maintien du nombre d'internes.

Donc on note une baisse des MAR et une non-adéquation à la demande chirurgicale à l'horizon 2020

Afin de définir le nouveau champ de compétences des IADE, il m'a paru intéressant de convoquer le modèle de la Posture qui permettra de nommer au travers des postures d'agent, d'acteur et d'auteur les compétences conformes et non-conformes de l'IADE.

En effet cet état des lieux nous montre que l'anesthésie est une discipline médicale jeune, dont les premières pratiques professionnelles ont été initiées par des infirmières au regard des IADE américaines lors de la guerre de 1939-45.

Suite à ces prémices des infirmières ont été formées à cette pratique mais rapidement des médecins ont rejoint la formation des IADE pour acquérir des compétences en anesthésie-réanimation.

Cette formation a lieu sur les bancs de la faculté de médecine de Paris

L'existence d'un certificat d'IADE en 1961, d'un certificat d'études spécialisées médicales pour les médecins cohabitent.

Mais la nouvelle formation des MAR par le biais de l'internat leur confère une équivalence de formation avec les autres spécialités médicales notamment les chirurgiens.

Ainsi la posture du MAR se modifie avec une incidence sur l'identité professionnelle de l'IADE.

Les champs de compétence restent à jamais mal définis par souci de ne pas nuire à son principal collaborateur ou par intérêt économique et ainsi autoriser les blocs opératoires à fonctionner avec une efficacité aujourd'hui nécessaire et ce en lien à la T2A.

C'est une histoire particulière où deux professions complémentaires cohabitent sans jamais avoir osé nommer leur champ d'exercice propre.

L'évolution actuelle du contexte de soins en lien avec l'évolution des demandes des patients, aujourd'hui mieux informés sur leur santé grâce aux nouvelles techniques de communication (internet) et grâce à la loi du 4 mars 2002, avec l'évolution de la gestion des institutions (loi HPST) et également avec l'évolution des pratiques des MAR a conduit à une obligation de nommer les pratiques de chacun. Les IADE ne sont pas uniquement des agents qui travaillent sur prescription médicale mais ils sont amenés à réfléchir, à s'adapter, à improviser face à des situations nouvelles.

De plus pour être conforme, ils doivent être clairement identifiés afin que l'utilisateur de soins soit informé de la personne qui le prend en compte sur le plan anesthésique (consentement éclairé/responsabilité de l'IADE)

En convoquant les modèles de la posture nous allons tenter d'expliquer l'originalité des pratiques des IADE.

3. Les modèles de la posture

Ces modèles permettront de mettre en évidence le changement de posture de l'IADE afin de développer des compétences et une attitude réflexive pour participer à l'acquisition d'autonomie de la profession

Cette évolution de la profession se décline autour des nouveaux textes de lois qui régissent notre profession et tendent à transformer l'IADE -Agent, soumis, prescrit en IADE-Acteur voire Auteur

Permettre de nouveaux possibles et peut être un savoir scientifique propre à notre profession

3.1 La posture d'agent

L'agent est soumis, prescrit, mal rémunéré

Le patient est agent.

Selon Ardoino « *Le sujet subit, il est spectateur, usager ou pire assujéti. Il n'a pas de pouvoir sur les règles du jeu qui déterminent son action. Il est en position de soumission et d'application* ». Le sujet est « *essentiellement agi* », (Ardoino, 2000)

Selon Gatto « *Le patient est agent. Les pratiques sont protocolisées et systématisées. Les demandes, les ressources et les savoirs-pré-existants expérimentiels du patient ne sont pas pris en compte.* » (Gatto et al, 2007)

Les savoirs-pré-existants expérimentiels du thérapeute doivent être évacués pour se conformer à la norme des pensées, des discours et des pratiques professionnelles dictées par les scientifiques.

Les pratiques sont protocolisées et systématisées.

Les demandes, les ressources et les savoirs-pré-existants expérientiels du patient ne sont pas pris en compte.

Le thérapeute est aussi agent puisqu'il assène les savoirs scientifiques actuels que les chercheurs ont produits (savoirs-savants, recommandations scientifiques ...).

L'agent est conforme

- ** aux recommandations et à la prescription,
- **Ne donne pas d'avis ne décide pas
- **Applique les techniques et ou les protocoles
- **Ne tient pas compte des savoirs préexistants
- **Mécanicisme, technicisme
- **Conformité aux règles, normes, techniques
- **Mal payé
- **Non responsable de la prescription

3.2 La posture d'acteur

« L'acteur est reconnu comme coproducteur de sens, il est pourvu de conscience et d'initiative, capable de stratégies » (Ardoino, 2000).

« Il se situe dans un registre d'interprétation. Pourvu de conscience et d'initiative, il est capable de stratégie » (Gatto et al, 2007).

L'acteur :

Vérifie les techniques,

La compréhension

La procédure,

Les outils,

Les méthodes,

La durée,

La formation des agents

Il est porteur de sens

Il peut vérifier les moyens pour atteindre les objectifs

Il est pourvu de conscience

Si toutes les procédures sont connues et respectées et que le produit attendu n'est pas obtenu l'acteur fait appel à l'auteur.

3.3 La posture d'auteur

Le chercheur est celui qui dit ce qu'il faut faire et qui crée l'action de soins et d'éducation. .

« *Le sujet invente, innove. Il se situe à la source et produit du sens. Il est prescripteur, décideur, responsable et autonome* » (Gatto et al, 2007).

L'auteur est « *celui qui réussit à se situer lui-même comme étant à l'origine, à la source de son propre devenir* » Ardoino (2000).

En éducation thérapeutique selon Gatto :

Le patient est co-auteur. Les pratiques sont inventées à partir des savoirs de l'expérience du malade, des demandes du malade, des savoirs scientifiques et des savoirs de l'expérience du thérapeute.

Le thérapeute est co-auteur puisqu'il crée dans la relation de soin et réoriente avec le patient le projet et le programme thérapeutique. Ce paradigme est caractérisé par la compréhension en cheminant, l'incertitude, le scepticisme, le relativisme, l'écoute.

Ici les auteurs sont les chercheurs, les patients et les thérapeutes.

L'auteur :

Il s'autorise, il modifie ses comportements

Il se situe à l'origine de son propre devenir

Il confronte une ou plusieurs théories ou modèles de champs scientifiques (professionnelle, sciences humaines, médicaux, physiologiques...)

Accès direct

Bien rémunéré

Il est responsable

L'état des lieux de la recherche nous montre que les IADE, pour s'adapter au contexte actuel et notamment aux demandes des patients et des institutions, sont amenés à changer ou du moins identifier clairement leur posture : Les différentes situations de soins qui se présentent à eux leur imposent de passer d'une posture d'agent prescrit à une posture d'auteur nécessitant des compétences d'innovation et de réflexivité. Ce changement de posture permet aux IADE de posséder des compétences conformes au contexte de soin, toutefois ces pratiques n'étant pas inscrites dans leur référentiel de compétences, on peut considérer que les IADE mettent en œuvre des pratiques non-conformes à leur référentiel

et donc non conformes à la réglementation actuelle. Pour mieux comprendre cela nous allons explorer dans cette étude les domaines de la conformité et de la non-conformité.

4. La conformité et la non-conformité

C'est en fonction de la situation décrite, du contexte que l'on peut parler de conformité ou de non-conformité.

Les pratiques conformes d'une profession sont les pratiques qui sont nommées dans le référentiel de compétences de la profession concernée. Ces pratiques doivent être en concordance avec les lois et/ou les référentiels et/ou les modèles scientifiques et le contexte dans lequel elles sont mises en œuvre.

4.1 La conformité

Au regard des modèles de la posture et de la réglementation, les pratiques conformes des IADE sont donc:

***A l'arrivée du patient au bloc opératoire, l'accueil de l'opéré avec de l'empathie et de la réassurance en assurant les vérifications nécessaires à sa sécurité anesthésique (check-list) (posture d'Auteur conforme par rapport au décret de compétences infirmier/posture d'Acteur par rapport aux compétences IADE)

***Lors d'une opération d'un patient sous anesthésie locorégionale (ALR), l'IADE assure une relation avec le patient de type hypnose conversationnelle pour lui permettre d'améliorer son vécu au bloc opératoire (posture d'Auteur conforme par rapport au décret de compétences IADE dans sa technique conversationnelle, posture d'Acteur conforme dans sa surveillance du patient et de l'ALR)

***Lors de la prise en charge d'une urgence vitale ,l'IADE assure la préparation d'un bloc d'urgence afin de permettre la meilleure prise en charge possible du polytraumatisé, préparation d'une anesthésie en lien avec l'état du patient, anticipation sur la préparation des drogues de réanimation et sur la mise à disposition de toutes les technologies nécessaires à la prise en charge efficiente et sécuritaire du polytraumatisé

Elle est le coordonateur essentiel de cette prise en charge (posture conforme d'Auteur et d'Acteur en lien avec notre décret de compétences, posture conforme d'Agent en rapport à certaines prescriptions médicales)

4.2 La non-conformité

Tout écart par rapport à des normes, pratiques, procédures, réglementations, théories ou modèles scientifiques dans un contexte précis.

Mes 20 ans de pratiques professionnelles m'autorisent à dire que les pratiques des IADE ont beaucoup évolué pas sur un plan technique mais plus au regard de l'histoire de l'anesthésie, des évolutions sociétales.

La loi HPST, la loi du 4 mars 2002 sur la démocratie sanitaire avec la participation des usagers de soins dans le prendre soin, les recommandations des sociétés savantes en anesthésie-réanimation sur la sécurité en anesthésie, la formation du MAR par le biais de l'internat, le nouveau diplôme Master2 des IADE imposent de nouvelles pratiques de soins pas tant dans le faire mais dans la responsabilité, le consentement éclairé du patient, la gestion des risques et la sécurité en anesthésie.

Via l'EPP, un réel programme de démarche-qualité est mis en place pour assurer un prendre soin optimal selon des critères et normes ou chaque acteur est nommé et dont les compétences sont clairement spécifiées.

Il est contextuellement difficile d'assurer aujourd'hui des soins hors des champs de compétences tant la traçabilité de nos actes notifie toutes nos divergences au regard de la loi.

De plus une évolution du contexte de soin (évolution des demandes des patients qui sont aujourd'hui mieux informés sur leur santé grâce aux nouvelles techniques de communication (internet), oblige à un prendre soin de qualité en proposant au patient l'ensemble des thérapeutiques disponibles pour sa pathologie.

Mais quand est-il de la profession des IADE dans ce contexte comment allier consentement éclairé/responsabilité/qualité/sécurité et gestion des risques vis-à-vis du patient et de l'institution alors que nos pratiques professionnelles réunissent non-conformité/illisibilité de la fonction IADE par le patient.

Il paraît essentiel pour répondre à cette évolution sur le plan légal, institutionnel de faire évoluer le référentiel de compétences de l'IADE.

Les pratiques quotidiennes non-conformes de l'IADE paraissent s'opposer à la politique de santé actuelle qui s'appuie sur nombre référentiels et normes.

Pourquoi une telle dissonance entre pratiques et réglementation dans un contexte sociétal rivié de normes et de lois ? A quand l'évolution nécessaire et essentielle du décret de compétences des IADE pour lever cette zone d'incertitude.

« C'est un élément non prévu (par les statuts, les règlements, les organigrammes) et cependant essentiel pour la démarche de l'organisation. Ceux qui la(les) maîtrisent(nt)

par leur savoir ou leurs ressources pertinentes, sont les acteurs qui ont un pouvoir réel dans l'organisation. Celui ci se superpose parfois au pouvoir formel, mais pas toujours. » (Françoise Gonnier).

Pour conforter mon argumentaire sur les pratiques non-conformes des IADE je vous soumetts des extraits de l'enquête du SNIA sur les pratiques déclarées des IADE

« Le protocole écrit n'est "toujours" présent que dans 9% et l'est "souvent "dans 18% des réponses.

La prescription:

Les Iade interrogés indiquent qu'il existe peu ou pas de prescriptions écrites ("jamais" 73%).

L'entretien se fait "parfois" et "souvent" sur prescriptions orales dans un tiers des réponses, mais, la plupart du temps, sans aucune prescription (deux tiers des réponses).

Ceci rejoint l'absence de protocole écrit résultant de la consultation d'anesthésie. »

Pourtant la prise en charge anesthésique des patients s'effectue quotidiennement dans les blocs opératoires des hôpitaux publics France et ce dans des conditions de sécurité réputées. Malgré l'absence de protocole d'anesthésie prescrit, des milliers d'anesthésies sont pratiquées chaque année sans que cela semble être un frein à une prise en charge efficiente du patient.

Néanmoins il est troublant de constater que le cadre réglementaire n'est pas respecté et que, de ce fait, les équipes d'anesthésie, et particulièrement l'infirmier anesthésiste, sont, d'une certaine lecture de la loi, dans l'illégalité quotidiennement. »

5. Les matrices théoriques

5.1 Les modèles de la posture

5.1.1. La posture d'agent

agent	critères	indicateurs	auteurs
	Prescription Protocoles, recommandations, durée imposés. Pas de possibilité de créer ou d'improviser	-Les tâches de l'IADE sont prescrites, L'IADE réalise ses tâches avec des outils, des techniques, des méthodes, et selon des protocoles, des recommandations et des durées préétablies et imposés -L'IADE doit respecter les normes du service,	Ardoino Gatto

	<p>Conformité aux normes prescrites obligatoire</p> <p>L'erreur est une faute sanctionnée.....</p>	<p>les techniques prescrites pour être conforme à son référentiel et à la loi.</p> <p>-Il est peu rémunéré</p> <p>- L'IADE n'a pas droit à l'erreur qui est perçue comme une faute et qui lui sera reprochée. Il sera sanctionné par ses supérieurs hiérarchiques ou par la loi s'il commet une faute...</p> <p>-Si écart par rapport au produit demandé, appel à l'acteur</p>	
--	--	--	--

5.1.2. La posture d'acteur

Acteur	Critères	Indicateurs	Auteurs
agent supérieur	<p>Porteur de sens, pourvu de conscience-</p> <p>Vérification des moyens pour atteindre les objectifs</p> <p>Conformité aux normes prescrites obligatoire</p> <p>Possibilité d'analyser</p> <p>Pas de possibilité de créer</p> <p>Protocoles, recommandations</p> <p>Rôle propre de l'IADE</p> <p>Durée non imposée</p> <p>L'erreur est une faute sanctionnée</p>	<p>Les tâches de l'IADE découlent de sa formation et de ses décrets et référentiel de compétences et autorisent une attitude d'analyse de l'IADE</p> <p>- L'IADE n'a pas droit à l'erreur qui est perçue comme une faute et qui lui sera reprochée. Il sera sanctionné par ses supérieurs hiérarchiques ou par la loi s'il commet une faute...</p> <p>L'IADE analyse les situations pour les transmettre au prescripteur en vue d'une adaptation de la thérapeutique</p> <p>L'IADE vérifie les procédures (check-list) en les adaptant aux besoins des patients</p> <p>L'IADE maîtrise tous les algorithmes et outils de situation d'urgence pour les utiliser de manière efficiente dans le contexte –</p> <p>Si toutes les procédures sont connues et</p>	

		respectées et que le produit attendu n'est pas obtenu l'acteur fait appel à l'auteur.	
--	--	---	--

5.1.3. La posture d'auteur

Auteur	Critères	Indicateurs	Auteurs
	Rôle propre infirmier et IADE : Accès direct Il s'autorise, il modifie ses comportements -Il est responsable Durée non imposée Possibilité de créer ou d'improviser Autonomie, pouvoir Conformité aux normes prescrites obligatoires L'erreur est une faute non sanctionnée	L'IADE assure des tâches de manière autonome selon son rôle propre, son décret de compétences et son référentiel-métier Les méthodes et les outils sont choisis par l'IADE L'IADE a droit à l'erreur qui n'est pas perçue comme une faute et qui ne lui sera pas reprochée. L'IADE assure de la réanimation de manière autonome d'un patient en situation d'urgence L'IADE utilise des techniques d'hypno-sédation, de relation d'aide, d'écoute qui lui sont propres pour accompagner le patient sous anesthésie locorégionale L'IADE assure l'éducation thérapeutique du patient quant à la prise en compte de la douleur	

5.2. La conformité et la non-conformité

Nous l'avons vu ci-dessus, pour répondre aux attentes des patients et des institutions, les IADE ont développé des pratiques. Elles sont donc conformes scientifiquement par rapport aux modèles de la posture et par rapport au contexte de soin actuel. Cependant tant qu'elles ne seront pas référencées dans le décret de compétences des IADE, on peut considérer que ces pratiques seront non conformes par rapport aux textes réglementaires qui régissent actuellement la profession

Pour identifier ces pratiques, j'ai construit une matrice qui liste les pratiques professionnelles conformes et non-conformes des IADE au regard des modèles de la posture de la posture et au regard des textes règlementaires.

Cette matrice permettra d'analyser les entretiens menés pour cette enquête auprès de MAR, d'IADE et de patients et de nommer les compétences conformes et non-conformes des IADE sur le plan théorique et réglementaire. Nous pourrons ensuite comparer ces compétences répertoriées dans la matrice avec les compétences nommées par les populations que j'ai choisi d'interroger dans mon enquête (MAR, IADE et patients). Cela nous permettra d'affirmer ou d'infirmer que les IADE possèdent de nouvelles compétences.

Modèles convoqués et réglementation	Pratiques conformes de l'IADE	Pratiques non-conformes de l'IADE
Au regard des modèles de la posture d'agent et de la réglementation (décret de compétence des IADES, référentiel des pratiques des IADES) et du contexte	<ul style="list-style-type: none"> **Ouverture de la salle d'opération : FOSO et de la SSPI : FOSSPI (check-list) **Connaissances et gestions du matériel et médicaments liés à l'anesthésie **Réalisation de prescriptions médicales **Participation à l'induction d'anesthésie avec le MAR **Analyse de situations cliniques 	Les pratiques non-conformes s'identifient comme toute pratique ne respectant pas le référentiel-métier et le décret de compétences et ce dans un contexte donné.
Au regard des modèles de la posture d'auteur et de la réglementation (décret de compétence des IADES, référentiel des pratiques des IADES) et du contexte	<ul style="list-style-type: none"> **Accueil du patient *Education thérapeutique **Accompagnement sous hypnose de l'ALR **Réanimation en situation d'urgence **Préparation d'une salle adaptée à l'accueil d'une urgence vitale après information sur l'état clinique du patient **Coordination et organisation 	<ul style="list-style-type: none"> **Prise en charge de la douleur en SSPI **Installation per opératoire du patient **Extubation **Sortie de SSPI **Induction d'anesthésie **Utilisation de drogues vasopressives et de solutés de remplissage **Nausées/vomissements :

	des soins et des intervenants sur un plateau technique en situation d'urgence	thérapeutiques médicamenteuses **Installation per-opératoire du patient **Préparation des drogues et matériel d'anesthésie sans prescription médicale **ALR/Pose VVC **Consultation d'anesthésie **Autonomie
--	---	---

6. Question de recherche

Il est recherché à identifier et valoriser les nouvelles compétences que les IADE pourraient acquérir sur le plan réglementaire

Pour tenter de répondre à cette question de recherche, j'ai réalisé 3 enquêtes auprès de populations différentes : MAR, IADE et patients

7. Le dispositif de recherche de l'enquête n°1

7.1. Le paradigme et la méthode de recherche

Il s'agit d'une enquête quasi-clinique qui s'inscrit dans un paradigme phénoménologique

7.2. La population de l'enquête n°1

Deux médecins anesthésistes-réanimateurs, de sexe opposé, l'un de formation ancienne en certificat d'études spécialisées (CES) et l'autre de formation interniste permettant l'accès à la recherche, aujourd'hui Professeur des Universités

Un Médecin anesthésiste-réanimateur, 52 ans; Professeur des Universités, praticien hospitalier, Chef de Service d'un Département d'Anesthésie Réanimation sur le CHRU de Montpellier, formée à l'anesthésie par le biais de l'internat en Médecine (entretien 1 XC), référent scientifique de la SFAR

Une Médecin anesthésiste réanimateur, 65 ans, formée à l'anesthésie par un CES (certificat d'études spécialisées) ; praticien hospitalier au CHRU de Montpellier (entretien 2 GR)

7.3. L'outil d'enquête théorisé

L'outil d'enquête choisi pour cette étude est l'entretien semi-directif avec guide d'entretien

Ils ont pour objectif de décrire l'existant et d'ébaucher les perspectives de nouvelles compétences réglementaires pour les IADE

Guide d'entretien de l'enquête n°1

Responsabilité médicale

Anesthésiste/chirurgien : équivalence de formation

La délivrance de nouvelles compétences aux IADE sur le plan réglementaire : un moyen de libérer du temps médical

Quelle est la représentation du MAR dans le contenu de leur activité

Nommer les pratiques professionnelles citées par le MAR : conforme/non-conforme/réglementaire

Question inaugurale

Comment définirais-tu la profession d'IADE ? (Agent/Acteur/Auteur)

Relance

Es-tu au fait que les IADE ont au quotidien des pratiques professionnelles non-conformes au vu de leur cadre réglementaire ? Lesquelles ? Pourquoi ? (conformité/non-conformité)

Que serais-tu prêt à leur déléguer de manière réglementaire ? (conformité/non-conformité)

Relance

Quelles sont selon toi les compétences de l'IADE ? (Agent/Acteur/Auteur)

Relance

As-tu conscience que les IADE ont au quotidien des pratiques professionnelles non-conformes au vu de leur cadre réglementaire ? Lesquelles ? Pourquoi ? (Auteur non-conforme)

Relance

Pourquoi déléguez-vous certaines tâches aux IADE ? (conformité liée au contexte)

Que serais-tu prêt à leur déléguer de manière réglementaire ? (Auteur conforme)

Et ce au regard de l'histoire de la profession d'IADE

Sous quels critères : la confiance la formation, la responsabilité (conformité/non-conformité)

Pourquoi cette crainte de déléguer de manière réglementaire des pratiques professionnelles. qui se font au quotidien ? (Auteur conforme)

7.4 Protocole de recueil des données de l'enquête n°1

Les entretiens des MAR ont été réalisés dans le service d'anesthésie SAR A Les entretiens ont eu lieu après prise de rendez-vous par téléphone. Ils ont été enregistrés puis retranscrits intégralement à l'aide du Logiciel Word. (Annexes....). Le tutoiement a été utilisé pour mener ces entretiens de façon à respecter notre fonctionnement habituel.

Le premier entretien s'est déroulé dans le bureau de la personne interviewée que nous nommerons XC, autour d'un café, dans une ambiance plutôt détendue, nous travaillons ensemble depuis plus de 25 ans, je dois dire que j'étais assez impressionnée d'interviewer mon chef de service à qui je voue une profonde admiration. L'entretien a duré 41 minutes. Le deuxième entretien a eu lieu dans le bureau médical dans une ambiance très détendue autour d'un café et a duré 35 minutes. La personne interviewée sera appelée GR

7.5 Traitement des données de l'enquête n°1

Une analyse de contenu, par indexation notionnelle et thématique de chaque entretien a été réalisée. Cette analyse a consisté à reprendre et noter les extraits du discours essentiels pour chaque question et ce au regard des théories et modèles des Sciences de l'Éducation et particulièrement du modèle de la Posture, et de la conformité/non-conformité.

J'ai utilisé le logiciel TROPES afin de quantifier les occurrences et analyser le contenu du discours : statif/factif/performatif/déclaratif

Statif :

Adj., [En parlant d'un verbe, d'un adv. ou d'un adj.] Qui indique un état permanent.

Grand est un adjectif statif, ivre est non-statif (Ling.1972). Les verbes statifs excluent toute progression entre leur terminus a quo et leur terminus ad quem: être, exister, savoir, connaître, aimer (adynamique), croire (...). Ils se reconnaissent en principe à leur incompatibilité (...) avec la périphrase être en train de (M. WILMETds La Notion d'aspect, Paris, Klincksieck, 1980 [1978], p. 61).

Factif :

Un verbe factif suppose la vérité du complément (savoir) alors que le verbe non-factif ne dit rien de la vérité du complément (croire)

Source de cette définition : superieur.deboeck.com/ressource/extra/.../PSDECO

Déclaratif :

XV^e siècle, au sens 1 ; XIX^e siècle, au sens 2. Emprunté du bas latin *declarativus*, « qui montre, qui fait voir, qui manifeste ».

1. Qui constate l'existence d'un droit. Acte déclaratif de succession. Jugement déclaratif.
2. Qui se borne à énoncer un fait, un jugement. « Prétendre », « dire », « affirmer », sont des verbes déclaratifs ou, subst., des déclaratifs.

En latin, les verbes déclaratifs sont suivis d'une proposition infinitive, un énoncé déclaratif.

Source de cette définition (ptidico.com)

Performatif :

Les verbes performatifs seraient ceux qui non seulement décrivent l'action de celui qui les utilise, mais aussi, et en même temps, qui impliqueraient cette action elle-même. Ainsi, les formules « Je te conseille de... », « Je jure que... », « Je t'ordonne de... », réaliseraient l'action qu'elles expriment au moment même de l'énonciation (GREIMAS-COURTES1979).

7.6 Résultats de l'enquête n°1**7.6.1. Résultats Entretien1**

Le style est plutôt argumentif, prise en charge par le narrateur à l'aide du pronom « je »

L'univers de référence est la santé : 114 occurrences en lien avec la santé

De plus, XC a utilisé 9 fois le mot «responsabilité» et 8 le mot «compétences»

On peut ainsi analyser le contenu de son discours et se permettre de dire que XC tient un discours bien en adéquation à la question de recherche

De même, il utilise 76 fois «IADE» et 47 le terme «MAR» ou «Médecin» on peut s'autoriser à dire que son discours traite bien des problématiques IADE/MAR

Ils utilisent 20 fois le mot «délégué» et 10 fois le mot «délégation» et 10 fois « responsabilité », vocabulaire en lien avec la question de recherche

De plus XC emploie 6 fois « SFAR», Société Française d' Anesthésie Réanimation et 4fois «SNIA»Syndicat National des Infirmiers anesthésistes Son discours fait référence aux sociétés savantes des MAR et des IADE, on peut supposer qu'il est en adéquation avec l'évolution de notre profession, en lien avec le grade de Master 2 pour les futurs IADE débutant leur formation en septembre et ce en suite à la mise en place des accords de Bologne (LMD)

Le logiciel TROPES permet de mesurer l'adéquation entre son discours et la thématique de la question de recherche

On note que XC utilise 25fois le mot «choses»

L'utilisation de ce mot qui ne qualifie rien de très précis montre la difficulté pour chacun de pouvoir définir de nouvelles pratiques et de les nommer et je dirai même de définir clairement les nouvelles pratiques réglementaires de l'IADE

XC utilise un discours statif à 39.2% des cas ; preuve que quasiment 40% de son discours est stable et ne pourra évoluer et ceci au vu de la définition qui indique que statif se définit par un état adynamique.

XC utilise un discours factif à 37.9 % des cas c'est donc un discours qui impose la déclaration d'une certaine vérité puisque le verbe factif s'utilise pour présupposer la vérité du complément

XC utilise un discours déclaratif à 23.9 % qui énonce des faits, montre, fait voir et ce en lien avec la posture du MAR

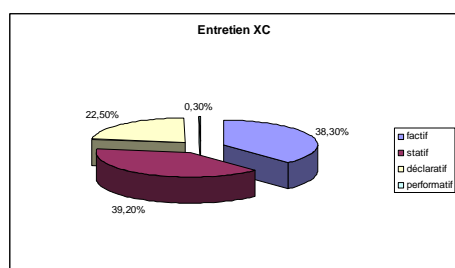


Figure14 : Analyse de l'entretien1 selon Tropes

Résultats par rapport aux modèles de la Posture

Posture d'auteur

Caractéristiques	Extraits : indicateurs du discours
------------------	------------------------------------

« intubation donc a moment donné hormis les intubations difficiles et prévues je pense que la vraiment ça devrait être complètement déléguée à l'IADE »
(Lignes 43 à 44)

« je pense qu'il n y a pas assez de choses déléguées auprès du patient pour l'IADE » (L46)

« en SSPI, il est clair que la mise en place de la thérapeutique antalgique qui en général peut être mise en place en salle et qui est poursuivie en SSPI là je pense qu' il pourrait y avoir très clairement beaucoup plus de protocoles délégués ». (L84 à 86)

« sorte de protocoles délégués c'est à dire quelque chose c'est à dire un protocole institutionnel mais géré par les IADE elles seules avec leur propre responsabilisé de savoir surveiller le patient en fonction des effets secondaires liés aux molécules je pense que la on est un petit peu en retard par rapport aux pays Anglo saxons et aux pays scandinaves. »(L92 à94)

« Sur ce coup là je pense qu' il y a quelque chose à faire »(L96)

« Une sorte de délégation protocolée et que l'IADE ait un degré de liberté au sein de ce protocole et qu'il dise et bien la je vais mettre un palier 3 je sais pourquoi je vais le mettre ça me paraît évident. » (L110à113)

« Je pense que la prise en compte de la douleur est le cœur de métier de l'IADE »

« Bien sur il faut y aller on est en retard c'est clair ! »(L117)

« On a vraiment besoin de gens qui y travaillent dessus pour qu'on arrive à le faire »(L118)

« Au vu de la démographie médicale je pense que c'est une réponse à la pénurie »

« Très clairement car la il y a une plus value patient qui est indéniable c'est clair pour le patient c'est un plus là. » (L122)

« Il y a quelques spots ou l'IADE doit arriver à s'autonomiser de façon réglementaire. » (L124)

« .ça me paraît pas là aussi complètement incohérent franchement ça ne me paraît pas complètement incohérent si tant est que ce soit super bien organisé

	<p>c'est à dire que vous verriez les patients asa ½ »(L135)</p> <p>« Clairement l'IADE qui a été formée peut dire si un patient peut sortir de SSPI moi ça me parait une évidence » (L227à228)</p> <p>« la sortie de SSPI donc normalement il faut que tu aies un acte signé C'est vraiment intéressant d'en discuter et de se poser la question car c'est un acte qu'on peut déléguer à l'IADE »(L216à220)</p> <p>« et je dis oui clairement l'IADE qui a été formée peut dire si un patient peut sortir de SSPI moi ça me parait une évidence. » (L227à228)</p> <p>« Donc dans tous ces pays arriver à avoir une consultation d'IADE qui prendrait la responsabilité du protocole d'anesthésie là on est très en avance ils sont à des années lumière de ça encore, je dis oui. » (L196à198)</p> <p>« Clairement l'IADE qui a été formée peut dire si un patient peut sortir de SSPI moi ça me parait une évidence. »(L227à228)</p> <p>« l'IADE ait un degré de liberté au sein de ce protocole et qu'il dise et bien la je vais mettre un palier 3 je sais pourquoi je vais le mettre ça me parait évident. »(L110à112)</p> <p>« on trouve ça tout à fait légitime que les IADE puissent voir ce type de malades parce que ce sont eux qui vont les gérer complètement à 90% en per op ça me parait normal. » (L163à164)</p>
--	---

Posture d'acteur et d'acteur

Caractéristiques	Extraits : indicateurs du discours
	<p>« qui permet à l'IADE de pouvoir gérer une surveillance patient pendant l'intervention. » (L9à10)</p> <p>" donc si c'est encadré en fonction du terrain si un MAR peut être consulté à tout moment comme on fait avec la consultation des internes » (L144à148)</p>

	« de faire des actes délégués au patient avec une coresponsabilité avec le MAR. » (L11)
	« il est clair que pour moi la délégation de gestes notamment dans des gestes d'anesthésie locorégionale est une délégation qui n'a pas lieu d'être, on est très clair là-dessus. »(L52à53)

Résultats par rapport à la conformité et la non-conformité

Agent Acteur	Pratiques conformes de l'IADE	
	<p>**Sortie de SSPI daté et signé par le MAR</p> <p>**Réalisation de prescriptions médicales</p> <p>**Analyse de situations cliniques</p>	<p>« c'est un point important la sortie de SSPI donc normalement il faut que tu aies un acte signé. la loi dit qu'une prescription doit être datée signée actée(L210)</p> <p>« l'IADE est le premier collaborateur du MAR. » (L6)</p> <p>« l'IADE de pouvoir gérer une surveillance patient pendant l'intervention et de participer à l'acte de réveil du patient. » (L9à10)</p>

Auteur	Pratiques conformes de l'IADE	
	<p>**Accueil du patient</p> <p>*Education thérapeutique</p>	<p>« l'IADE est le premier collaborateur du MAR. » (L6)</p> <p>« son hospitalisation a été bien ou pas bien c'est les rapports qu'il a eu avec les infirmières comment ça s'est passé si elles lui ont dit bonjour ou pas au revoir c'est ça qui fait la qualité. » (L314à315)</p>

Auteur	Pratiques non-conformes de l'IADE	
	<p>**Installation opératoire du patient</p> <p>**Utilisation de drogues vasopressives et de solutés de remplissage</p> <p>**Extubation</p> <p>**Induction d'anesthésie</p> <p>**Prise en charge de la douleur en SSPI</p> <p>**Sortie de SSPI</p> <p>**Autonomie</p>	<p>« je la vois pas pendant 6 heures et elle se débrouille avec le patient on a la une vraie notion de gestion d'équipe euh..qui est en dehors de toute réglementation classique. » (L16 à17)</p> <p>« c'est ce qui tourne autour de l'intubation donc à moment donné hormis les intubations difficiles et prévues je pense que là vraiment ça devrait être complètement déléguée à l'IADE. » (L43à44)</p> <p>« je pense qu' il pourrait y avoir la une sorte de protocoles délégués c'est à dire quelque chose c'est à dire un protocole institutionnel mais géré par les IADE elles seules avec leur propre responsabilisé de savoir surveiller le patient en fonction des effets secondaires liés aux molécules je pense que la on est un petit peu en retard par rapport aux pays Anglo saxons et aux pays scandinaves. » (L110à114)</p> <p>Sur ce coup là je pense qu' il y a quelque chose à faire. » (L92à94)</p> <p><i>« Je pense que la prise en compte de la douleur est le cœur de métier de l'IADE »</i></p> <p>« Bien sur il faut y aller on est en retard c'est clair !</p> <p>On a vraiment besoin de gens qui y travaillent dessus pour qu'on arrive à le faire »(L117)</p> <p>« et je dis oui clairement l'IADE qui a été formée peut dire si un patient peut sortir de SSPI moi ça me parait une évidence. » (L227 à228)</p>

La quantification des occurrences permet de définir le discours de GR dans la responsabilité puisqu'elle utilise 6 fois « responsabilité » et 8 fois « responsable ». Cette responsabilité est en lien avec l'IADE car ce terme est utilisé 30 fois

De cette quantification des occurrences on peut dire que dans son discours GR répond bien à la thématique de la question inaugurale en lien avec la conformité des pratiques professionnelles des IADE

Certaines de nos pratiques paraissent difficiles à définir car elle dit 9 fois « truc » et 5 fois « chose » et 21 fois « gens »

Ces trois mots dans la langue française sont utilisés pour nommer des éléments ou des personnes mais sans aucune précision

39.6 % du discours de GR est statif prouve que quasiment 40% de son discours est stable et ne pourra évoluer et ceci au vu de la définition qui indique que statif se définit par un état permanent

38.6% de contenu factif sous-tend une vérité exprimée, on retrouve ici la posture conforme d'auteur du MAR.

22.7% sera déclaratif et 0.8% performatif

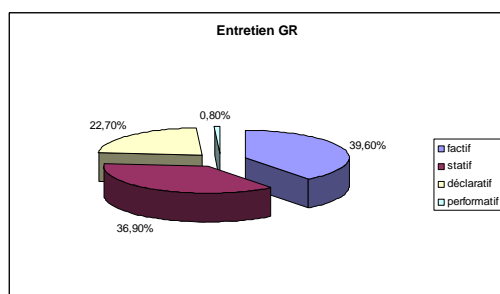


Figure 15 : Analyse de l'entretien2 selon Tropes

Résultats par rapport aux modèles de la Posture

Posture d'auteur

Caractéristiques	Extraits : indicateurs du discours
	« Effectivement une extubation en salle de réveil vous la réalisez sans nous. »(L64)
	« alors détubation en salle de réveil effectivement pourquoi pas de toutes façons ça se fait mais même pour l'analgésie ... »(L71à72)

	<p>« Moi je suis tout à fait d' accord pour déléguer l'analgésie, la détubation même je te dis une induction anesthésique avec un MAR à coté moi ça me choque pas du tout quelqu'un mais quelqu'un qui en ait envie qui se juge responsable de ses actes et qui a envie de la responsabilité de ses actes car ça aussi c'est important. » (L103à106)</p> <p>« et puis vous avez une liberté d'actions qui est quand même assez importante. »(L127)</p> <p>« On débarque en salle vous nous dites le malade a fait j ai fait ca hein tu ne vas pas attendre désespérément qu'un anesthésiste arrive pour faire des médicaments adaptés au problème. »(L128à129)</p> <p>« C'est ce qui se passe en privé, tu sais en privé y a pas un IADE par salle et pour un anesthésiste Les IADE sont seuls dans leur salle et les MAR aussi. » (L136à137)</p> <p>« Pour revenir sur le sujet acquérir comme ça de nouvelles compétences pourquoi pas au vu de la démographie médicale par exemple nommer une espèce de responsable du réveil moi j'imagine assez ça car ça nous fait perdre du temps de nous appeler voir le malade. »(L167à168)</p>
--	--

Posture d'acteur et d'agent

Caractéristiques	Extraits : indicateurs du discours
	« encore que l'analgésie de réveil souvent est écrite par exemple quand on vous dit morphine titrée jusqu' à tant c quand même c'est vous qui décidez de la dose. »(L8à10)
	« Mademoiselle M une péridurale c'est un acte et ça j'estime que c'est des débordements »(L87à88)
	« y a des gens en tant qu' IADE qui adorent ranger et bien ceux là ils

	<p>rangent. »(L58)</p> <p>« Y a des gens (IADE) quand ils viennent ici ils sont lobotomisés ils viennent préparer une anesthésie pour quelle que soit chirurgie avec quelle que soit anesthésiste pour quel que soit patient les étapes de la chirurgie. » (L116à118)</p> <p>« là ils sont conformes à un truc qu' on leur a appris à l'école. »(L147)</p>
--	--

Résultats par rapport à la conformité et la non-conformité

Agent	Pratiques conformes	
	<p>**Ouverture de la salle d'opération : FOSO et de la SSPI : FOSSPI (check-list)</p>	<p>« là ils sont conformes à un truc qu' on leur a appris à l'école. »(L147)</p>

Auteur	Pratiques non-conformes	
	<p>**Prise en charge de la douleur en SSPI</p> <p>**Installation per opératoire du patient</p> <p>**Extubation</p> <p>**Sortie de SSPI</p> <p>**Installation per-opératoire du patient</p>	<p>« fait et c'est fait naturellement l'installation du patient les réinjections la détubation en salle de réveil encore que l'analgésie de réveil souvent est écrite par exemple quand on vous dit morphine titrée jusqu' à tant c quand même c'est vous qui décidez de la dose. ».(17à10)</p> <p>« Effectivement une extubation en salle de réveil vous la réalisez sans nous. »(L64)</p> <p>« Pour revenir sur le sujet acquérir comme ça de nouvelles compétences pourquoi pas</p>

	**Utilisation de drogues vasopressives et de solutés de remplissage	malade a fait j ai fait ca hein tu ne vas pas attendre désespérément qu'un anesthésiste arrive pour faire des médicaments adaptés au problème. »(L128à129)
--	--	--

7.7. Synthèse des résultats et réponse à la question de recherche de l'enquête n°1

L'outil d'enquête théorisé permettra la généralisation des résultats à la question de recherche

Au regard des SDE, l'analyse des résultats permet de dire que les MAR mettent les IADE dans une posture majoritairement d'Auteur

De la même manière, l'indexation notionnelle par bribes de phrases en lien avec la conformité/non-conformité par rapport au référentiel de pratiques des IADE signifie que les MAR autorisent l'IADE à une posture d'Auteur non-conforme dans la majorité des compétences citées

Tableau des compétences conformes/ non-conformes des IADE vu par les MAR

Pratiques conformes de l'IADE	Pratiques non-conformes de l'IADE
AGENT/ACTEUR **Ouverture de la salle d'opération : FOSO et de la SSPI : FOSSPI (check-list) **Sortie de SSPI daté et signé par le MAR **Réalisation de prescriptions médicales **Analyse de situations cliniques	AGENT/ACTEUR
AUTEUR **Accueil du patient *Education thérapeutique	AUTEUR **Prise en charge de la douleur en SSPI **Installation per-opératoire du patient **Induction d'anesthésie

	<p>**Préparation des drogues et matériel d'anesthésie sans prescription médicale</p> <p>**Autonomie</p> <p>**Utilisation de drogues vasopressives et de solutés de remplissage</p> <p>**Installation per opératoire du patient</p> <p>**Utilisation de drogues vasopressives et de solutés de remplissage</p> <p>**Extubation</p> <p>**Induction d'anesthésie</p> <p>**Prise en charge de la douleur en SSPI</p> <p>**Sortie de SSPI</p> <p>**Consultation d'anesthésie</p>
--	---

L'analyse plus précise du contenu montre que le statut de PUPH de XC avec une formation différente permet un discours plus en lien avec la question de recherche
 Ses réponses déclinent toutes les compétences conformes et non-conformes de l'IADE et sont en réelle adéquation avec l'actualité de notre profession et son évolution vers un Master2

Les pratiques non-conformes nommées par XC pourrait nourrir le champ de pratiques avancées IADE en lien avec le grade Master2

Certaines des pratiques non-conformes citées par XC telles que la sortie de SSPI et la consultation d'anesthésie mériteront d'être reportées dans la synthèse des résultats car très en lien avec l'actualité de l'évolution professionnelle.

8. Le dispositif de recherche de l'enquête n°2

8.1. Le paradigme et la méthode de recherche

Il s'agit d'une enquête quasi-clinique qui s'inscrit dans un paradigme phénoménologique

8.2. La population : Les IADE

Deux infirmières –anesthésistes de sexe féminin, exerçant sur le même plateau technique
 L'une diplômée depuis 15 ans et l'autre depuis 18 mois

CC, IADE depuis 15 ans, infirmière depuis 24 ans ,44 ans exerçant au CHRU de Montpellier

CCo, IADE depuis 18 mois, infirmière depuis 14 ans ,36 ans exerçant au CHRU de Montpellier

8.3. L'outil d'enquête théorisé

L'outil d'enquête choisi pour cette étude est l'entretien semi-directif avec guide d'entretien .

Il a pour objectif de décrire l'existant et d'ébaucher les perspectives de nouvelles compétences réglementaires pour les IADE

Guide d'entretien de l'enquête n°2

Nommer les pratiques professionnelles de l'IADE : Conformité/non-conformité
Pourquoi l'IADE recherche une posture d'auteur : reconnaissance en lien avec la formation et l'histoire de la profession
Aspect réglementaire
Place du soin infirmier : relation/écoute/confort/douleur
Place de la maîtrise du diplôme
Posture agent/auteur
Compétences non-conformes de l'IADE et efficacité de l'activité chirurgicale

Question inaugurale

Décris-moi ta journée de travail

Relance

Pourquoi l'IADE accepte des pratiques de soins non-conformes ? (Posture)

Relance

Au delà de la technicité liée à ta spécialité lesquelles de tes compétences mets tu en œuvre auprès du patient ? (conformité/non-conformité)

Relance

Parle-moi de ton appartenance à la filière de soins infirmière (appartenance à la filière de soins infirmière, posture d'auteur/acteur/agent)

Relance

En fonction du MAR tes pratiques professionnelles changent-elles ? (conformité/non-conformité)

As-tu le sentiment d'outrepasser ta fonction ? Pourquoi ? (conformité/non-conformité)

Relance

Est-ce important de valoriser ton travail par de l'autonomie ? (Posture d'auteur)

Relance

Trouves tu légitime tes pratiques professionnelles non-conformes ? Pourquoi ? (Auteur)

Relance

En quoi la démographie médicale pourrait avoir une incidence sur l'autonomie de la profession d'infirmière anesthésiste ? (posture d'auteur/conformité)

8.4 Protocole de recueil des données de l'enquête n°2

Les entretiens des IADE ont été réalisés dans la salle de réunion du service d'anesthésie SAR A Les entretiens ont eu lieu après prise de rendez-vous. Ils ont été enregistrés puis retranscrits intégralement à l'aide du Logiciel Word. (Annexes....). Le tutoiement a été utilisé pour mener ces entretiens de façon à respecter notre fonctionnement habituel.

Les entretiens se sont déroulés dans le bureau du personnel paramédical

L'entretien de la personne que nous nommerons CC a duré 20 minutes

L'entretien de la personne que nous nommerons CCo a duré 28 minutes

8.5 Traitement des données de l'enquête n°2

Une analyse de contenu, dite indexation notionnelle, de chaque entretien a été réalisée. Cette analyse a consisté à reprendre et noter les extraits du discours essentiels pour chaque question et ce au regard des théories et modèles des Sciences de l'Education et particulièrement du modèle de la Posture.

J'ai utilisé le logiciel TROPES afin de quantifier les occurrences et analyser le contenu du discours

8.6 Résultats de l'enquête n°2

8.6.1 Résultats de l'entretien n°3 : CC

L'univers de référence reste la santé puisque des mots en lien avec la santé sont utilisés 60 fois

Les termes « responsabilité » ,8 fois et « liberté » 9 fois expriment une recherche de posture d'auteur de l'IADE

L'entretien de CC est en lien avec la question de recherche

Son discours est à 45 % factif ,34% statif, 19% déclaratif et 1% performatif

Le contenu de son entretien impose une certaine détermination puisqu'elle utilise à 45 % des verbes et adjectifs factifs.

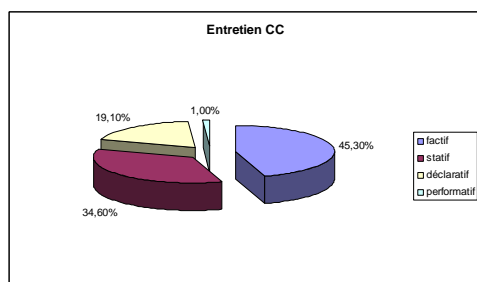


Figure16 : Analyse de l'entretien3 selon Tropes

Résultats en rapport aux modèles de la Posture

Posture d'auteur

Caractéristiques	Extraits : indicateurs du discours
	<p>« quitte à l'extuber en salle de réveil. » (L22)</p> <p>« En salle d'opération on aura commencé les antalgiques. »(L28)</p> <p>« ... on fait aussi souvent pareil au quotidien avec les antis nauséeux tu fais le zophren d'abord t'appelle ou tu le dis au médecin après. »(L32à33)</p> <p>« le patient n'a pas du tout le même rapport avec le médecin Nous on est infirmiers ...on les intimide moins. »(L47à48)</p> <p>« on fait des choses en anticipant dans l'intérêt du patient. »(L76)</p> <p>« ait je pense que ça serait bien qu' on est un droit de prescription par exemple par rapport à la douleur à partir du moment où on est formés sur les antalgiques pourquoi on aurait pas droit de prescrire dans un cadre bien sûr de bloc opératoire et SSPI machin... et pourquoi on aurait pas le droit o n connaît les risques ...les effets pourquoi on n'aurait pas le droit de prescrire dans ce cadre là un peu comme la sage femme dans sa prescription c'est à dire prescription médicale limitée. »(L97à101)</p> <p>« on a le droit de faire une induction avec un protocole écrit. » (L116)</p> <p>« Dans les clinique privées ils outrepassent beaucoup plus leur fonction que nous dans le public et c'est lié à la démographie médicale »(L127à128)</p>

Posture d'acteur et d'agent

Caractéristiques	Extraits : indicateurs du discours
	<p>« et l'adaptation plus ou moins du protocole marqué et des médicaments que l'on va utiliser et récupérer le matériel que l'on va utiliser là dedans y a une part de prescrit et un e part d'habitudes enfin de choses qu'on va chercher car on sait et que ça n'a pas été marqué voila. »(L7)</p> <p>« faire l'induction d'anesthésie avec le médecin anesthésiste. »(L14à15)</p> <p>« Elle commence par l'ouverture de la salle. »(L5)</p>

Résultats par rapport à la conformité et la non-conformité

Agent Acteur	Pratiques conformes de l'IADE	
	<p>**Ouverture de la salle d'opération : FOSO et de la SSPI : FOSSPI (check-list)</p> <p>**Connaissances et gestions du matériel et médicaments liés à l'anesthésie</p> <p>**Réalisation de prescriptions médicale</p> <p>**Analyse de situations cliniques</p> <p>**Participation à l'induction d'anesthésie avec le MAR</p>	<p>« Elle commence par l'ouverture de la salle et l'adaptation plus ou moins du protocole marqué et des médicaments que l'on va utiliser et récupérer le matériel que l'on va utiliser là dedans y a une part de prescrit et une part d'habitudes enfin de choses qu'on va chercher car on sait et que ça n'a pas été marqué voila. »</p> <p>« faire l'induction d'anesthésie avec le médecin anesthésiste. »</p>

Auteur	Pratiques conformes de l'IADE	
	<p>**Accueil du patient</p> <p>*Education thérapeutique</p>	<p>« le patient n'a pas du tout le même rapport avec le médecin</p> <p>Nous on est infirmiers ...on les intimide moins. »</p>

Auteur	Pratiques non-conformes de l'IADE	
	<p>**Prise en charge de la douleur en SSPI</p> <p>**Extubation</p> <p>**Nausées/vomissements : thérapeutiques médicamenteuses</p> <p>**Préparation des drogues et matériel d'anesthésie sans prescription médicale</p> <p>**Autonomie</p>	<p>« En salle d'opération on aura commencé les antalgiques on fait des choses en anticipant dans l'intérêt du patient et je pense que ça serait bien qu' on est un droit de prescription par exemple par rapport à la douleur à partir du moment où on est formés sur les antalgiques pourquoi on aurait pas droit de prescrire dans un cadre bien sûr de bloc opératoire et SSPI machin... et pourquoi on aurait pas le droit o n connaît les risques ...les effets pourquoi on aurait pas le droit de prescrire dans ce cadre là un peu comme la sage femme dans sa prescription c'est à dire prescription médicale limitée. »</p> <p>« quitte à l'extuber en salle de réveil. »</p> <p>« on fait aussi souvent pareil au quotidien avec l'anti nauséeux tu fais le zophren d' abord t'appelle ou tu le dis au médecin après. »</p> <p>« on fait des choses en anticipant dans l'intérêt du patient. »</p> <p>« Dans les clinique privées ils outrepassent beaucoup plus leur fonction que nous dans le public et c'est lié à la démographie médicale mais c'est vrai que si à terme il y a baisse de 50 % de MAR ils seront obligés de nous donner plus d' autonomie sinon baisse de l'activité. »</p>

8.6.2 Résultats de l'entretien n°4 : CCo

Le logiciel Tropes permet de confirmer que l'univers de référence est la santé puisque 105 occurrences sont en lien avec ce mot dont pour 60 fois « médecine » et 35 fois « maladie »

Le mot « responsabilité » est utilisé 8 fois ,6 fois « liberté » et « enseignement » 16 fois, on s'autorise à dire que le discours de CCo est en adéquation avec la question de recherche surtout que les termes « IADE », »médecin », apparaissent 19 fois chacun.

Elle utilise 4 fois le terme « collaboration » qui positionne l'IADE en co- auteur de ses pratiques professionnelles

L'utilisation de mot au sens indéfini reste présente puisque CCo utilise 32 fois le mot « chose »

Son discours est statif à 40% des cas ,36% factif, 22% déclaratif et 0.7 % performatif

CC a un contenu de discours majoritairement statif qui impose un état adynamique qui s'accompagne d'un contenu factif déclinant une vérité du complément employé.

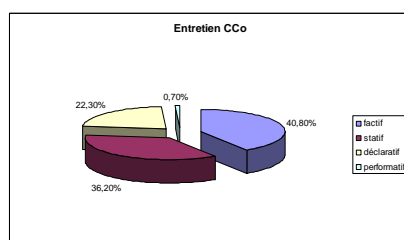


Figure17 : Analyse de l'entretien4 selon Tropes

Posture d'auteur

Caractéristiques	Extraits : indicateurs du discours
	<p>« des spécificités par rapport à la feuille d'anesthésie pour certains patients. »(L17)</p> <p>« Mais parfois ce n'est pas noté et anticiper euh certains matériels dont on aura besoin ce n'est pas marqué sur la feuille. »(L18à19)</p> <p>« la préparation des drogues bien souvent ce n'est pas marqué là aussi on anticipe on est quasiment après l'induction toute seule pour surveiller le patient donc c'est vrai qu' il y a des choses qu' on anticipe aussi et qu' on fait sans prescription si le médecin. »(L20à21)</p> <p>« quand l'anesthésiste il a deux salles le matin il a fait l'induction dans l'une et</p>

	<p>l'autre quand on met de suite après l'induction le patient en position demi assise qu'il fait un 6 de tension on a pas de protocole écrit pour nous dire faite tant d'éphédrine brancher un vovulen. »(L106à108)</p> <p>« l'essentiel de mon travail est en lien avec la communication, l'empathie, la réassurance. »(L123à125)</p> <p>« je pense que c'est la responsabilité de tout le monde (l'installation). »(L91)</p> <p>« Pour ce qui est conforme par exemple sur la douleur il y a des choses que l'on peut largement anticiper par exemple une titration morphine. »(L147à148)</p> <p>« je mets en œuvre la sécurité du patient Quand t'es en clinique tu endors je crois tes malades du premier au dernier sans anesthésiste et ça me pose question et il y a un côté pervers de notre profession. »(L246à247)</p>
--	--

Posture d'acteur et d'agent

Caractéristiques	Extraits : indicateurs du discours
	<p>« On les accepte car je pense qu' on a pesé le bénéfice risque et qu' on pense quand même que réellement le patient enfin le médecin même s'il vient le voir on est quasiment sûre 99.99% que le patient est apte à remonter je pense.)</p> <p>« En fait c'est ça on te demande de faire l'analyse et de la porter au médecin. »(L210)</p> <p>« il te faut avoir la connaissance parce que notre boulot c'est d'anticiper et on anticipe quoi on anticipe toute l'anesthésie tous les problèmes liés a l'anesthésie tout ce que le médecin a appris aussi en fait mais c'est toi qui est devant. »(L201à203)</p> <p>« Moi quand j'ai des difficultés dans mon boulot c'est de savoir analyser les</p>

	choses et de les anticiper avant qu'il y ait vraiment quelque chose de grave à l'analyse de la situation une analyse « médicale » car c'est ce qu'on nous apprend en formation. »(L212à213)
	« C'est une ouverture de salle. »(L10) « L'ouverture de la salle est classique pour quasiment tous les patients en sachant qu'il y aura des spécificités par rapport à la feuille d'anesthésie pour certains patients »(L16à17) « Là par contre au réveil je demande plus les choses car en général au niveau drogues tout ça tout est prescrit. »(L49à50)

. Résultats par rapport à la conformité et la non-conformité

Agent Acteur	Pratiques conformes de l'IADE	
	<p>**Ouverture de la salle d'opération : FOSO et de la SSPI : FOSSPI (check-list)</p> <p>**Connaissances et gestions du matériel et médicaments liés à l'anesthésie</p> <p>**Réalisation de prescriptions médicale</p> <p>*Analyse de situations cliniques</p>	<p>« L'ouverture de salle est classique pour quasiment tous les patients. »</p> <p>« en sachant qu'il y aura des spécificités par rapport à la feuille d'anesthésie pour certains patients. »</p> <p>« Là par contre au réveil je demande plus les choses car en général au niveau drogues tout ça tout est prescrit. »</p> <p>« En fait c'est ça on te demande de faire l'analyse et de la porter au médecin il te faut avoir la connaissance parce que notre boulot c'est d'anticiper et on anticipe quoi on anticipe toute l'anesthésie tous les problèmes liés a l'anesthésie tout ce que le médecin a appris aussi en fait mais c'est toi qui est</p>

		devant. » « c'est une ouverture de salle. »
--	--	--

Auteur	Pratiques conformes de l'IADE	
	**Accueil du patient *Education thérapeutique **Préparation d'une salle adaptée à l'accueil d'une urgence vitale après information sur l'état clinique du patient	<p>« l'essentiel de mon travail est en lien avec la communication, l'empathie, la réassurance. »</p> <p>« des spécificités par rapport à la feuille d'anesthésie pour certains patients Mais parfois ce n'est pas noté et anticiper euh certains matériels dont on aura besoin ce n'est pas marqué sur la feuille. »</p>

Auteur	Pratiques non-conformes de l'IADE	
	**Installation per opératoire du patient **Induction d'anesthésie **Utilisation de drogues vasopressives et de solutés de remplissage **Installation per-opératoire du patient	<p>« on est quasiment après l'induction toute seule pour surveiller le patient donc c'est vrai qu' il y a des choses qu' on anticipe aussi et qu' on fait sans prescription si le médecin. »</p> <p>« Quand t'es en clinique tu endors je crois tes malades du premier au dernier sans anesthésiste. »</p> <p>« quand l'anesthésiste il a deux salles le matin il a fait l'induction dans l'une et l'autre quand on met de suite après l'induction le patient en position demi-assise. »</p> <p>« je mets en œuvre la sécurité du patient. »</p>

	**Préparation des drogues et matériel d'anesthésie sans prescription médicale ou du moins adaptation selon les besoins patient	« la préparation des drogues bien souvent ce n'est pas marqué là aussi on anticipe on est quasiment après l'induction toute seule pour surveiller le patient donc c'est vrai qu' il y a des choses qu' on anticipe aussi et qu' on fait sans prescription. »
--	---	--

8.7. Synthèse des résultats et réponse à la question de recherche de l'enquête^{o2}

La population IADE requiert la spécificité d'être interviewée sur ses propres compétences.

De ce fait on retrouve dans cette population l'ensemble des compétences de la profession IADE, compétences d'agent conforme et d'auteur conforme et non-conforme

Le terme « analyse » est un terme utilisé par les IADE pour décrire leurs compétences.

L'IADE se décrit préférentiellement comme un auteur non-conforme mais aussi comme un acteur conforme capable d'analyse.

Cette notification nous permet de nous autoriser de nouveaux possibles.

Tableau des compétences conformes/ non-conformes des IADE vu par les IADE

Pratiques conformes de l'IADE	Pratiques non-conformes de l'IADE
AGENT/ACTEUR **Ouverture de la salle d'opération : FOSO et de la SSPI : FOSSPI (check-list) **Connaissances et gestions du matériel et médicaments liés à l'anesthésie **Réalisation de prescriptions médicale *Analyse de situations cliniques **Participation à l'induction d'anesthésie avec le MAR	AGENT/ACTEUR

<p>AUTEUR</p> <p>**Accueil du patient</p> <p>*Education thérapeutique</p> <p>**Préparation d'une salle adaptée à l'accueil d'une urgence vitale après information sur l'état clinique du patient</p>	<p>AUTEUR</p> <p>**Installation per opératoire du patient</p> <p>**Induction d'anesthésie</p> <p>**Utilisation de drogues vasopressives et de solutés de remplissage</p> <p>**Préparation des drogues et matériel d'anesthésie sans prescription médicale ou du moins adaptation selon les besoins patient</p> <p>**Prise en charge de la douleur en SSPI</p> <p>**Extubation</p> <p>**Nausées/vomissements : thérapeutiques médicamenteuses</p> <p>**Autonomie</p>
--	--

9. Le dispositif de recherche de l'enquête n°3

9.1. Le paradigme et la méthode de recherche

Il s'agit d'une enquête quasi-clinique qui s'inscrit dans un paradigme phénoménologique

9.2. La population : Les patients

Pour les patients, l'entretien a eu lieu dans la salle de réunion du service concerné ou le patient était hospitalisé Avant de prendre en compte ces deux patients au bloc opératoire, je leur ai stipulé que j'étais inscrite en Master 2 Sciences De l'Education et que je réalisai un mémoire en exposant la thématique Je leur ai ensuite demandé s'ils acceptaient de participer à un entretien ; la réponse fut favorable dans les deux cas et plutôt enthousiaste. De manière conforme j'ai vouvoyé les patients

Femme de 70 ans, que je nommerai Madame C, mariée, opérée d'un canal carpien droit en chirurgie ambulatoire

L'entretien s'est déroulé dans la chambre de la patiente en présence de son époux

Femme de 47 ans, que je nomme MC, maman de T 15 ans atteint d'un ostéosarcome du membre inférieur, multi opéré, nécessitant la pose d'une prothèse totale de genou. J'ai pris soin de T. en SSPI.

9.3. L'outil d'enquête théorisé

L'outil d'enquête choisi pour cette étude est l'entretien semi-directif avec guide d'entretien

Il a pour objectif de décrire l'existant et d'ébaucher les perspectives de nouvelles compétences réglementaires pour les IADE

Guide d'entretien de l'enquête n°3

Nommer les pratiques de l'IADE

Pratiques de l'IADE nommées par le patient : conforme/non-conforme pour nous permettre de légitimer nos pratiques non conformes

Rôle propre infirmier : accueil/relation d'aide/douleur

Impact sur la qualité du soin de la présence de l'IADE

Interférences compétences de l'IADE, réactivité et qualité de la prise en compte de la douleur

Question inaugurale

Connaissiez-vous la profession d'IADE avant cette intervention chirurgicale ?

Relance

Lors de votre intervention chirurgicale et votre passage en SSPI en quoi la présence d'un IADE a contribué à votre prise en charge ? (Auteur conforme)

Relance

Que vous a apporté la présence de l'IADE ? (Conformité/non-conformité)

Au niveau techniques et soins comment ça s'est passé ? (

Quel a été votre ressenti, vos impressions, vous êtes-vous senti écouté, rassuré ? (Auteur conforme)

Relance

Quelles questions avez-vous posées au MAR auxquelles il n'a pas répondues et à laquelle l'IADE a pu répondre ? (Auteur conforme)

Malgré la visite pré anesthésique quelles questions restaient il auxquelles l'IADE à l'arrivée au bloc opératoire a pu vous répondre (Auteur conforme)

Relance

En terme de prise en compte de la douleur quelles est le rôle du MAR, de l'IADE ? (conformité/non-conformité)

Précisez ce que l'IADE a pu développer comme compétences propres liées à la prise en compte de la douleur ? (Auteur, acteur et agent conforme)

La présence de l'IADE dès votre accueil jusqu'à la sortie de SSPI : quels bénéfices pour vous ? (Auteur et acteur conforme)

9.4 Protocole de recueil des données de l'enquête n°3

Pour les patients, l'entretien a eu lieu dans la salle de réunion du service concerné ou le patient était hospitalisé. Après prise en compte de ces deux patients au bloc opératoire, je leur ai stipulé que j'étais inscrite en Master 2 Sciences De l'Education et que je réalisais un mémoire en exposant la thématique. Je leur ai ensuite demandé s'ils acceptaient de participer à un entretien ; la réponse fut favorable dans les deux cas. J'ai fixé un rendez vous pour chacun d'eux.

Les entretiens ont été enregistrés puis retranscrits intégralement à l'aide du Logiciel Word. (Annexes....). Le vouvoiement a été utilisé pour mener ces entretiens de façon à être conforme à la manière dont on s'adresse à un patient.

L'entretien de la personne que nous nommerons MC a duré 13 minutes

L'entretien de la personne que nous nommerons Madame C a duré 10 minutes et en présence de son époux

9.5 Traitement des données de l'enquête n°3

Une analyse de contenu, dite indexation notionnelle, de chaque entretien a été réalisée. Cette analyse a consisté à reprendre et noter les extraits du discours essentiels pour chaque question et ce au regard des théories et modèles des Sciences de l'Education et particulièrement du modèle de la Posture.

J'ai utilisé le logiciel TROPES afin de quantifier les occurrences et analyser le contenu du discours

9.6 Résultats de l'enquête n°3

9.6.1 Résultats de l'entretien n°5 : MC

L'univers de référence reste la santé puisque MC utilise 13 fois des mots en lien avec la santé tel que 4 fois « souffrance », 5 pour IADE et 4 pour « réconfort »

On note que ces termes définissent plus le rôle propre infirmier que de nouvelles compétences pour l'IADE

Le discours est statif dans 35 % des cas, factif à 44% et déclaratif à 25 %

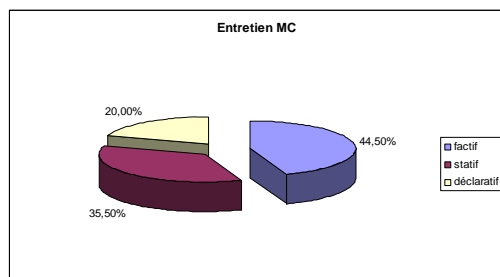


Figure18 : Analyse de l'entretien5 selon Tropes

Cette première analyse d'un discours de patient précise l'illisibilité de la fonction d'IADE pour les patients

Le discours de MC permet juste de dire que MC pense que l'IADE est une infirmière exerçant en bloc opératoire sans compétences nouvelles

Posture d'auteur

Caractéristiques	Extraits : indicateurs du discours
	<p>« quand je laissais mon enfant l'IADE m'a vraiment réconfortée on a une boule à l'estomac de laisser son enfant et quand on voit quelqu'un qui vous réconforte et qui vous dit ne vous inquiétez pas on va bien s'en occuper, on va le préparer il va rien sentir et tout ça pour nous c'est un très grand réconfort. »(L8à10)</p> <p>« Et après aussi par rapport au réconfort que vous nous apportez à la salle de réveil. »(L12)</p> <p>« et puis quand j'ai vu qu' 'il maitrisait tout et qu' 'il nous disait « regarder ne vous inquiétez pas le pouls va bien, tout va bien Ça m'a rassurée enfin ça nous a rassuré. »(L23à25)</p> <p>« Ca ne me choquerait pas puisque vous avez parlé de douleurs que vous preniez</p>

	<p>ça en charge vous avez l'air si compétent. »(L38à39)</p> <p>« Et après aussi par rapport au réconfort que vous nous apportez à la salle de réveil vous venez nous chercher vous nous dites ça s'est super bien passé voila et puis toutes ces paroles qui réconfortent c'est extraordinaire. »(L12à14)</p>
--	---

Résultats par rapport à la conformité et la non-conformité

Auteur	Pratiques conformes	
Décret de compétences infirmier	<p>**Accueil du patient</p> <p>**Education thérapeutique</p>	<p>« quand je laissais mon enfant l'IADE m'a vraiment réconfortée on a une boule à l'estomac de laisser son enfant et quand on voit quelqu'un qui vous réconforte et qui vous dit ne vous inquiétez pas on va bien. »</p> <p>« Et après aussi par rapport au réconfort que vous nous apportez à la salle de réveil. »</p> <p>« C'est vrai que toutes les questions que l'on vous pose vous y répondez. »</p>
Référentiel IADE		

Auteur	Pratiques non-conformes	
Référentiel de compétences Décret de compétences IADE	<p>**Prise en charge de la douleur en SSPI</p>	<p>« Ca ne me choquerait pas puisque vous avez parlé de douleurs que vous preniez ça en charge vous avez l'air si compétent. »</p>

9.6.2 Résultats de l'entretien n°6 Madame C

L'univers de référence reste la santé et la médecine par 8 fois l'utilisation du mot « médecine »

Le mot « infirmier » apparaît 3 fois et « personnel de santé » 4 fois

De cet entretien on voit que pour cette patiente le métier d'IADE n'existe pas et sa réponse n'est pas en adéquation avec la question de recherche

Son discours est satif à 40%, factif à 34% et déclaratif à 20%

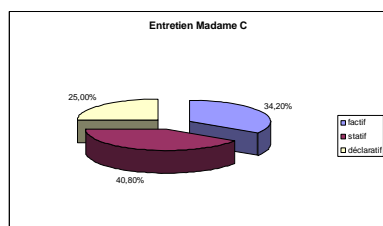


Figure19 : Analyse de l'entretien6 selon Tropes

Posture d'auteur

Caractéristiques	Extraits : indicateurs du discours
	<p>« bien car on est stressé elle est là pour nous rassurer ça fait du bien. »(L27à28)</p> <p>« Elle m'a bien installé le bras surélevé pour que j'aie moins mal quand il se réveille. »(L18)</p> <p>« Elle m'a expliqué que dès qu'il y aurait les picotements il faudrait prendre l'anti douleurs. »(L19)</p>

Résultats par rapport à la conformité et la non-conformité

Auteur	Pratiques conformes	
Décret de compétences IADE	<p>**Accueil du patient</p> <p>*Education thérapeutique</p>	<p>« bien car on est stressé elle est là pour nous rassurer ça fait du bien. »</p> <p>« Elle m'a bien installé le bras surélevé pour que j'aie moins mal quand il se réveille. »</p>

		« Elle m'a expliqué que dès qu'il y aurait les picotements il faudrait prendre l'anti douleurs. »
--	--	---

9.7. Synthèse des résultats et réponse à la question de recherche de l'enquête n°3

Tableau des compétences conformes/ non-conformes des IADE vu par les patients

Pratiques conformes de l'IADE	Pratiques non-conformes de l'IADE
AGENT/ACTEUR	AGENT/ACTEUR
AUTEUR **Accueil du patient **Education thérapeutique	AUTEUR **Prise en charge de la douleur en SSPI

Que ce soit la patiente usager de soins ou la mère d'un enfant opéré, aucune ne connaît la fonction d'IADE, elles décrivent l'IADE comme une infirmière exerçant en bloc opératoire ou SSPI voire comme « un personnel de santé ».

Elles retiennent surtout les compétences propres à tout soignant : l'empathie, l'écoute.

La synthèse des entretiens par ce tableau permet de confirmer **l'illisibilité de la profession** d'IADE pour tous les patients.

10. Synthèse des résultats des 3 enquêtes et réponse à la question de recherche

La synthèse des résultats nous permet de nommer les nouvelles compétences que les IADE ont développées en fonction du contexte et des situations dans lesquelles ils exercent et qu'ils pourraient acquérir sur le plan réglementaire

« Il est recherché à identifier les nouvelles compétences que les IADE pourraient acquérir sur le plan réglementaire ».

L'analyse du discours des 3 populations interviewées montre que les IADE exercent au quotidien des pratiques qui ne sont pas présentes dans leur référentiel d'activité et que l'on pourrait donc qualifier comme étant « non-conformes » par rapport à la réglementation.

Cette enquête menée auprès de MAR, d'IADE et de patients a permis d'identifier ces compétences. Il s'agit notamment de compétences concernant la prise en charge de la douleur en SSPI, l'installation per-opératoire du patient, les pratiques d'extubation, la sortie du patient de SSPI, l'induction d'anesthésie, l'utilisation de drogues vasopressives et de solutés de remplissage, l'installation per opératoire du patient, la préparation des drogues et de matériel d'anesthésie sans prescription médicale, l'autonomie.

On constate en analysant l'entretien des MAR que la formation initiale des IADE leur permet de développer des pratiques conformes à leur référentiel d'activité et à la réglementation mais qu'en fonction du contexte dans lequel ils exercent leur profession et des différentes situations de soins qu'ils rencontrent, les IADE ont été amenés à développer de nouvelles compétences. Le tableau ci-dessous, construit à partir du discours des 3 populations (MAR, IADE et patients) permet de lister ces compétences « non conformes » au référentiel et à la réglementation et pourtant nommées et décrites par toutes les personnes interviewées dans cette enquête.

Pratiques non-conformes de l'IADE selon analyse des entretiens

Pratiques non-conformes de l'IADE selon le référentiel de pratiques de l'IADE et la réglementation.	Pratiques non-conformes de l'IADE selon des entretiens MAR	Pratiques non-conformes de l'IADE selon des entretiens IADE	Pratiques non-conformes de l'IADE selon analyse des entretiens PATIENT
**Prise en charge de la douleur en	**Prise en charge de la douleur en	Prise en charge de la douleur en SSPI	Prise en charge de la

SSPI	SSPI		douleur en SSPI
**Installation per opératoire du patient	**Installation per opératoire du patient	**Installation per opératoire du patient	
**Extubation	**Extubation	**Extubation	
**Sortie de SSPI	**Sortie de SSPI		
**Induction d'anesthésie	**Induction d'anesthésie	**Induction d'anesthésie	
**Utilisation de drogues vasopressives et de solutés de remplissage	**Utilisation de drogues vasopressives et de solutés de remplissage	**Utilisation de drogues vasopressives et de solutés de remplissage	
**Nausées/vomissements : thérapeutiques médicamenteuses		**Nausées/vomissements : thérapeutiques médicamenteuses	
**Installation per opératoire du patient	**Installation per opératoire du patient	**Installation per opératoire du patient	
**Préparation des drogues et matériel d'anesthésie sans prescription médicale	**Préparation des drogues et matériel d'anesthésie sans prescription	**Préparation des drogues et matériel d'anesthésie sans prescription médicale	

	médicale		
**ALR/Pose VVC	**ALR/Pose VVC		
**Consultation d'anesthésie	**Consultation d'anesthésie		
**Autonomie	**Autonomie	**Autonomie	

Surlignée en bleu

« La prise en compte de la douleur »

Surlignée en bleu dans le tableau est la compétence qui ressort dans chaque entretien et qui est décrite par les 3 populations auprès desquelles l'enquête a été réalisée. C'est, en effet, un domaine dans lequel les IADE ont toute leur place car dans le rôle propre infirmier, le décret de compétence oblige l'infirmière à évaluer et prendre en compte la douleur. De plus la formation IADE, réserve un module à la prise en compte de la douleur. Nos compétences pharmacologiques notamment sur la gestion des morphiniques et notre expertise en anesthésie locorégionale font de l'IADE l'acteur évident de la prise en compte de la douleur postopératoire et ce en maîtrisant les risques car l'IADE maîtrise la gestion des complications des ALR et celles des dépressions respiratoires liées à l'utilisation des morphiniques.

De plus l'IADE reste le prestataire de soins du bloc opératoire permettant le lien humanisant avec l'usager ; l'IADE reste le fil rouge pour le patient de l'entrée au bloc opératoire à sa sortie de SSPI.

D'ailleurs les entretiens montrent bien cette compétence reconnue par l'ensemble des populations :

Une patiente dit : « *Ca ne me choquerait pas puisque vous avez parlé de douleurs que vous preniez ça en charge vous avez l'air si compétent* »

Les IADE se décrivent comme prête à endosser cette responsabilité tant elle appartient à leurs pratiques quotidiennes : « *En salle d'opération on aura commencé les antalgiques on fait des choses en anticipant dans l'intérêt du patient et je pense que ça serait bien qu'on est un droit de prescription par exemple par rapport à la douleur (...) pourquoi on*

aurait pas le droit de prescrire dans ce cadre là un peu comme la sage femme dans sa prescription c'est à dire prescription médicale limitée »

Cette responsabilité et compétence avec plus value pour les usagers de soins leur aient reconnues par les 2 MAR : *« je pense qu' il pourrait y avoir la une sorte de protocoles délégués c'est à dire quelque chose c'est à dire un protocole institutionnel mais géré par les IADE elles seules avec leur propre responsabilisé de savoir surveiller le patient en fonction des effets secondaires liés aux molécules je pense que la on est un petit peu en retard par rapport aux pays Anglo saxons et aux pays scandinaves*

Sur ce coup là je pense qu' il y a quelque chose à faire ».

« Moi je suis tout à fait d' accord pour déléguer l' analgésie ».

L'analyse par indexation notionnelle corrobore le fait que l'IADE puisse acquérir des pratiques professionnelles d'auteur conforme quant à la prise en compte de la douleur.

Surligné en gris

Elles appartiennent à la population IADE et MAR, binôme, de la prise en compte des patients sur le plan anesthésique, SSPI et situations d'urgence.

« installation per-opératoire du patient. »

L'organisation de l'activité opératoire autorise la gestion de plusieurs salles d'opération par un même MAR si un IADE ou un interne en anesthésie –réanimation sont présents pour chacune des salles.

De facto, au quotidien, l'IADE se retrouve dans l'obligation d'installer seul le patient pour la chirurgie.

De la même manière la sortie de salle d'opération est réalisée par l'IADE du fait de la contingence organisationnelle du bloc opératoire.

Il paraît impossible pour répondre aux besoins d'efficience de l'hôpital et ce en lien à la T2A que le MAR soit présent pour chaque installation et sortie patient, l'activité du bloc opératoire s'en trouverait diminuée.

Un MAR dit : *« c'est fait naturellement l'installation du patient »*, discours très expressif sur la force de l'habitude qui régit nos pratiques professionnelles

Un IADE rajoute : *« quand l'anesthésiste il a deux salles le matin il a fait l'induction dans l'une et l'autre quand on met de suite après l'induction le patient en position demi-assise je mets en œuvre la sécurité du patient. »*. Sur un même ton de certitude tellement empreint par l'habitude, l'IADE exprime sereinement ses pratiques professionnelles pourtant non-conformes.

« Extubation. »

Les textes réglementaires de la profession d'IADE, les recommandations des sociétés savantes d'anesthésie-réanimation n'octroient pas à l'IADE la compétence « extubation » or au quotidien que ce soit en SSPI ou en salle d'opération l'IADE du fait de ses connaissances en anesthésie-réanimation et en pharmacologie, l'IADE pratique seul des extubations.

Cette compétence est reconnue par l'ensemble des IADE et MAR interviewé car c'est une pratique très quotidienne et qui est confortée par l'absence de MAR en SSPI bien qu'une recommandation des sociétés savantes préconise « la présence d'un MAR en SSPI » mais au vu de la démographie médicale cette pratique reste exceptionnelle.

Ainsi un MAR précise : « *Effectivement une extubation en salle de réveil vous la réalisez sans nous* », *c'est fait naturellement la détubation* »

L'IADE de dire : « *quitte à l'extuber en salle de réveil* »

Ces bribes de phrases confirment bien que l'extubation au vu des pratiques de la recherche scientifique entreprise devrait appartenir au champ de compétences IADE.

« Induction d'anesthésie. »

La réglementation est plus claire sur cette pratique, l'IADE est autorisé en présence d'un MAR joignable à tout moment et sur protocoles du MAR de réaliser une anesthésie. La responsabilité de l'anesthésie revient au MAR car l'IADE travaille sur protocoles et réalise des techniques d'anesthésie (intubation).

La pratique en CHRU est conforme aux textes de lois, un interne, un MAR sont toujours présents dans le bloc opératoire mais quand est-il dans les zones à faible densité de MAR ? L'hospitalisation privée ?

Pourtant l'induction d'anesthésie reste une pratique courante de l'IADE afin de satisfaire l'efficience nécessaire aux contraintes de la T2A

Dans certains secteurs d'activités l'IADE réalise seule l'ensemble des inductions d'anesthésie (plateau technique, hospitalisation privée)

Ainsi le discours des IADE précise cet état des lieux quant un IADE dit : « *en privé, Les IADE sont seuls dans leur salle et les MAR aussi.* »

.Le MAR, PUPH propose plus clairement l'**intubation** comme une compétence propre à l'IADE, « *intubation donc a moment donné hormis les intubations difficiles et prévues je pense que la vraiment ça devrait être complètement déléguée à l'IADE.* »

Son statut de PUPH et de membre du comité scientifique de la SFAR argumente favorablement l'évolution du champ de compétences de l'IADE quant à la compétence « intubation ».

« Utilisation de drogues vasopressives et de solutés de remplissage. »

L'IADE surveille seul son patient en salle d'opération voire en SSPI

Lorsque le patient présente des troubles hémodynamiques, l'IADE agit afin d'améliorer rapidement l'état cardio-vasculaires de la personne.

Sa formation lui octroie des connaissances en hémodynamiques qui lui permettent d'utiliser à bon escient des drogues vasopressives et des solutés de remplissage en l'absence de MAR

Ainsi le MAR dit : *« je débarque en salle vous nous dites le malade a fait j ai fait ca hein tu ne vas pas attendre désespérément qu'un anesthésiste arrive pour faire des médicaments adaptés au problème. »*

De la même manière tant la pratique est quotidienne, l'IADE dit « assurer la sécurité du patient » : *« quand l'anesthésiste il a deux salles le matin il a fait l'induction dans l'une et l'autre quand on met de suite après l'induction le patient en position demi-assise je mets en œuvre la sécurité du patient. »*

Cette pratique est très fréquente et au vu de notre analyse doit prendre place dans le champ des pratiques avancées des IADE.

« Préparation des drogues et matériel d'anesthésie sans prescription médicale. »

Elle est « la pratique quotidienne de l'IADE », par rapport à notre rôle d'anticipation, à nos capacités d'analyse, nos compétences organisationnelles nous préparons toujours « l'anesthésie » du patient suivant protocole d'anesthésie spécifié ou pas. De la même manière pour le premier patient du bloc opératoire on prépare « l'anesthésie » protocole d'anesthésie connu ou non.

C'est vrai que l'on rentre là dans le cadre de prescriptions médicales mais nos connaissances sur la chirurgie, le type de patient, le risque opératoire et l'anesthésie font qu'au quotidien ce type de fonctionnement existe et est validé par l'absence des acteurs du bloc opératoire comme « une évidence ».

Pourtant les recommandations des sociétés savantes, des référentiels métiers IADE/MAR préconisent la prescription de l'anesthésie par le MAR, recommandations très peu observées.

D'ailleurs le peu de place laissé à la prescription sur la feuille d'anesthésie est révélatrice de l'intérêt porté à cette pratique

Ainsi l'IADE de dire «. *La préparation des drogues bien souvent ce n'est pas marqué là aussi on anticipe on est quasiment après l'induction toute seule pour surveiller le patient donc c'est vrai qu' il y a des choses qu' on anticipe aussi et qu' on fait sans prescription.* »

« Autonomie. »

Les IADE sont en recherche d'autonomie et ce du fait du contexte qui souvent le leur autorise

De plus les MAR contraint par des pratiques médicales chronophages retrouvent en l'IADE le partenaire idéal pour assurer la gestion péri-opératoire de l'anesthésie et celle de la SSPI

Ainsi un MAR précise : « Il y a quelques spots où l'IADE doit arriver à s'autonomiser de façon réglementaire. » et l'IADE : « *Dans les cliniques privées ils outrepassent beaucoup plus leur fonction que nous dans le public et c'est lié à la démographie médicale mais c'est vrai que si à terme il y a baisse de 50 % de MAR ils seront obligés de nous donner plus d'autonomie sinon baisse de l'activité .* »

De ces entretiens ressort nettement le désir d'autonomie des IADE, avec l'aval de leur collaborateur principal que sont les MAR.

Il ressort également de l'entretien des MAR qu'ils ont confiance en leur équipe d'IADE et qu'ils les laissent « sortir » de leurs activités « réglementaires » parce qu'ils sont conscients que les IADE en ont la compétence.

On peut également constater que les patients méconnaissent la profession d'IADE. Ils ont toutefois nommé eux aussi une compétence nouvelle pour cette profession : « la prise en compte de la douleur ».

L'entretien du MAR, PUPH nomme lui seul des pratiques non-conformes nouvelles telles que « la décision de sortie de SSPI par l'IADE » et « la consultation d'anesthésie des patients à faible risque anesthésique ».

Il m'a paru important de le notifier car dans un projet d'améliorer notre décret de compétences, ces pratiques méritent aussi d'être retenues car conformes à des pratiques professionnelles quotidiennes.

L'analyse des entretiens ,la synthèse au vu des 3 populations ont permis d'identifier des pratiques de soins pour les IADE qui pourraient nourrir les pratiques avancées et permettre l'évolution du décret de compétences des IADE.

11. Critiques du dispositif de recherche

Les limites de l'étude viennent de la faible population interviewée.

Surtout faible en terme de disparité d'exercice de la profession car tous les acteurs des entretiens exercent ou reçoivent des soins au CHRU.

De même il eût été intéressant de s'apparenter aux sociétés savantes d'anesthésie – réanimation pour donner plus de validation à nos écrits.

Cette démarche aurait permis de viser un panel beaucoup plus important d'IADE et de MAR.

12. Intérêts des résultats obtenus pour la pratique d'IADE

****Comprendre et appréhender le désordre qui règne dans l'identité professionnelle des IADE tant il existe une disparité entre le référentiel de compétences, nos pratiques quotidiennes et la législation.**

****Mesurer les difficultés à saisir la bonne Posture tant elle diffère en fonction du contexte, du lieu d'exercice, du binôme MAR/IADE ?**

****Faire connaître à la population « patient/usager de soins » la profession d'IADE.**

****Identifier des pratiques avancées en lien aux compétences non-conformes qui pourraient nourrir le champ des pratiques avancées des IADE en lien avec le Master 2 pour leur permettre une posture d'auteur conforme réglementairement.**

****Utiliser la synthèse des résultats par le Ministère de la Santé et celui de l'Enseignement Supérieur comme base de travail avec les syndicats pour travailler sur l'évolution du décret de compétences IADE.**

****Etre en adéquation avec la loi HPST qui introduit la notion de pratiques avancées en soins infirmiers pour répondre à une baisse de la démographie médicale ,une offre de soins disparate selon les régions, un vieillissement de la population et l'évolution de pathologie chronique mais pour être aussi en adéquation avec la formation académique des infirmières en système LMD.**

L'IADE grâce à l'identification de ses nouvelles pratiques avancées est en adéquation avec la loi HPST en autorisant l'acquisition de nouvelles compétences pour répondre à la baisse de la démographie médicale.

En travaillant ainsi les compétences nommées sont identifiées par l'ensemble des partenaires IADE/MAR et patients et permettront de nouveaux possibles en adéquation aux volontés des différents partenaires : les MAR, maîtriser l'évolution des IADE pour

maintenir leur identité professionnelle, les IADE évoluer selon leur désir d'autonomie et les patients, découvrir une nouvelle profession.

L'évolution statutaire des IADE pourrait alors se réaliser dans des conditions favorables, en respectant chacun des partenaires décideurs..

Ces nouvelles compétences autoriseraient l'IADE à être mieux rémunérés puisque acquisition du statut d' « Auteur conforme ».

13. Perspectives de recherche à partir des résultats obtenus

Augmenter et diversifier les populations interviewées pour enrichir le potentiel de nouvelles compétences.

Réaliser une enquête en zones à faible et forte densité médicale, en secteur public et en hospitalisation privée permettrait de compléter les résultats de cette recherche et d'identifier encore d'autres compétences nouvelles que possèdent les IADE.

Interviewer plusieurs PUPH afin de croiser leurs réponses en termes de compétences d'auteur non-conformes nommées pour confirmer le champ des pratiques avancées des IADE.

S'appuyer sur les sociétés savantes d'anesthésie –réanimation pour permettre une étude plus large et plus valorisante de notre profession.

Et ce au regard de l'international council of nursing(2008) qui définit l'infirmière en pratiques avancées comme une infirmière qui a acquis un socle de connaissances, de compétences dans la prise de décision dans des situations complexes dont les caractéristiques sont déterminées par le contexte clinique dans lequel ce professionnel est accrédité.

Et de« Peoc'h et Saint-Jean » pour qui « La pratique avancée s'inscrit dans l'altération ; ce par quoi le sujet change et est à l'œuvre de lui-même »

Conclusion :

Je dirai que de nouveaux possibles sur le plan réglementaire s'offrent à la profession d'IADE du fait de sa nouvelle formation permettant l'accès à un Master2 mais aussi par toutes les compétences nommées par chacun des acteurs de l'anesthésie MAR et IADE qui définissent l'IADE majoritairement dans une Posture d'Auteur.

Des travaux de recherche plus confirmés permettront je le souhaite à offrir à cette profession responsabilité et autonomie et ce en conformité avec les textes réglementaires.

« Ce ne sont pas les savoirs en eux-mêmes qui sont ou non émancipateurs mais bien la posture avec laquelle on les aborde, la façon dont on se situe par rapport à eux et ce qu'on en fait. »(Vial, 2005)

14. Références bibliographiques

Ardoino, J. (1990), « *Les postures (ou imposture) respectives du chercheur* », Vigneux, Matrice, 1990.

Ardoino J., Berger G. (1986), « L'évaluation comme interprétation », Pour n°107, p. 120-127.

Arduin P., Boulard G., Brouard N., Pontone S. & Scherpereel P. (2002). « Les médecins anesthésistes réanimateurs en France en 1999. Premiers résultats de l'enquête démographique nationale. », *Annales Françaises d'Anesthésie Réanimation* N°21 p. 1-28.

Benner,P. (1982). « From novice to expert ». *American Journal of Nursing* N°82, p. 402-407.

Collière, M.-F. (1996). « Soigner, le premier art de la vie ». Interéditions, Stockholm.

Code de la santé publique (2009). « Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. ». Ministère de la Santé.

Dallaire, C. (2010). « Comment éviter la disparition des infirmières cliniciennes spécialisées ? », *L'infirmière clinicienne*, vol. 7, n°2.

GattoF ; Garnier A ; Viel,E,(2007). *Education du patient*. Sauramps Médical.

Gatto,F,(2005), « Enseigner la santé », L'Harmattan, Paris.

Gatto, F., (1999). « Attitudes cognitives et cultures de soins. Contribution de dispositifs pédagogiques spécifiques aux actions d'éducation à la santé. ». Thèse de Doctorat de l'université de Provence (mention sciences de l'éducation), Aix-en- Provence, France.

Gatto, F., Ravestein, J., (2008), « Le mémoire », Montpellier, Sauramps médical, p.84.

Gatto, F., Ravenstein J., (2003), « Pour une didactique des sciences et techniques de la santé : l'exemple de la lombalgie. ». Recherche en Kinésithérapie n° 1. Société de Presse en Kinésithérapie (SPEK). pp. 17-27.

Gonnet F,(1992), « *L'hôpital en question(s) : Un diagnostic pour améliorer les relations au travail.* »Paris : Éditions Lamarre,. 272p.

Le Boterf G, (1995), « De la compétence, essai sur un attracteur étrange », Paris, Editions d'organisations.

Le Boterf G, (1997), « compétence et navigation professionnelle », Paris ,Editions d'organisation

Péoc'h, N., & Saint-Jean, M. (2012). « La pratique avancée, une évolution attendue à l'intersection de l'art, de la praxis et de l'action », dans *Gestions Hospitalières*, n°516, pp. 313-317.

Rossi EL, Rossi SI.(2003) *Traité pratique de l'hypnose.* Milton H. Erickson ; Paris, Grancher

Saint-Exupery A(1943) « *Le Petit Prince.* », Gallimard, Collection Blanche/Jeunesse ; 104pages

Ulmann P, Pontone, S. *L'anesthésie réanimation au 1er janvier 2005.* In : *Les spécialités en crise.* Ordre National des Médecins, p. 25-34

Vial .M(2009) « *Se Former Pour Evaluer* », De boeck ; 280 pages

Vial, M. (2005) « *Penser le complexe ? Un certain rapport au savoir.* ». Conférence à l'Ecole Supérieure de l'Education Nationale

Wilstead S, Nelson.F, Jeffrey E.(2009) « *Alice Magaw (Kessel)sa vie dans et de la salle d'opération* » *Le journal d'AANA (les États-Unis)* 77 (1) : 12–6. ISSN 0094-6354. PMID 19263823.

Ressources internet

Consensus et recoBerland Y. : Coopération des professions de santé : le transfert de tâches et de compétences.

Ministère de la Santé, 2003 : <http://www.sante.gouv.fr/ondps/mmandation> de la SFAR .

SNIA. *Enquête du Syndicat National des Infirmiers Anesthésistes sur les pratiques déclarées des IADE*

« *Mieux connaître les IADE* », Oxymag Avril 2002, N°63, p.9-24.



Résumé

Les pratiques avancées dans l'exercice de la profession d'infirmier-anesthésiste

Sabine Puenté

Master 2 professionnel en sciences humaines et sociales, spécialité : Responsable d'évaluation, de formation et d'encadrement .Mémoire codirigé par Sophie Vincent, Formateur-Consultant, Cadre de santé, Doctorante en Sciences de l'Education et de Franck Gatto, Maître de conférences en Sciences de l'Education, HDR, Université Montpellier3 et soutenu publiquement par Sabine Puenté ,IADE, le 15 septembre 2012.

Contexte

Pour s'adapter au contexte de soin et mieux répondre aux demandes des patients et des institutions, les IADE se sont autorisés à développer, dans leur pratique quotidienne, une posture d'auteur et ont acquis des compétences « *Le sujet invente, innove. Il se situe à la source et produit du sens. Il est prescripteur, décideur, responsable et autonome* » (Gatto et al, 2007)

Mais ces pratiques sont non- conformes au décret de compétences IADE et à la réglementation actuelle qui régit la profession d'IADE. « *il est troublant de constater que le cadre réglementaire n'est pas respecté et que, de ce fait, les équipes d'anesthésie, et particulièrement l'infirmier anesthésiste, sont, d'une certaine lecture de la loi, dans l'illégalité quotidiennement.* » (« *Mieux connaître les IADE* », (Oxymag 2002)

Il semble donc important d'identifier et de nommer ces pratiques pour qu'elles soient reconnues et qu'elles soient inscrites dans le décret de compétences de l'IADE. La mise en avant des pratiques avancées, la loi HPST de 2009 (démographie médicale) et l'accès des IADE à un niveau de formation Master2 (loi du 23 juillet 2012, nouvelle formation des IADE avec obtention d'un Diplôme d'Etat d'IADE et un grade Master2 Professionnel) sont une avancée considérable pour la reconnaissance de la profession et la valorisation des pratiques. Cette enquête a donc pour objectif de nommer chacune des pratiques quotidiennes de l'IADE au regard des modèles de la posture (Ardoino, 1990) et d'identifier les pratiques conformes et les pratiques non-conformes à la réglementation actuelle de la profession.

Question de recherche

Il est cherché à identifier les compétences développées par les IADE pour les faire exister sur le plan réglementaire.

Population

Les 3 enquêtes ont été réalisées auprès de 2 Infirmiers Anesthésistes DE (IADE) et auprès de populations qui côtoient régulièrement les IADE : 2 Médecins Anesthésistes Réanimateurs (MAR) et 2 patients.

Outil d'enquête

L'outil d'enquête est un entretien semi-directif avec guide d'entretien pour chacune des enquêtes.

Traitement des données

Les entretiens ont été traités par indexation notionnelle et à l'aide du logiciel Tropes

Résultats

L'analyse du contenu du discours des personnes interviewées met en évidence que les IADE ont développé dans le contexte actuel une posture d'auteur non-conforme au regard de la réglementation.

Le discours des patients fait apparaître une méconnaissance de la fonction IADE considéré comme un infirmier en soins généraux.

Le discours des MAR (Médecin Anesthésiste Réanimateur) démontre que les IADE ont des pratiques d'auteur non-conformes. Leur discours est clair et les identifie précisément.

De plus il existe une réelle adéquation entre les contenus de leurs interviews, l'évolution de la profession d'IADE (Master2) et la loi HPST de 2009 (démographie médicale)

Les résultats de la population « IADE » montrent que les IADE décrivent l'ensemble de leurs compétences (posture d'agent et d'auteur conforme et non-conforme) Les pratiques non -conformes décrites sont les mêmes que les MAR. L'analyse discursive des MAR et des IADE met en évidence que les MAR autorisent ces pratiques non-conformes et que les IADE les assument et assurent quotidiennement.

La recherche d'autonomie pour l'IADE est un élément qui caractérise autant le discours des MAR qui l'autorisent que les IADE qui l'acceptent.

L'ensemble des résultats des 3 populations permettra de nourrir le champ des pratiques avancées en vue d'une évolution du décret de compétences optimisant la posture d'auteur réglementaire de l'IADE.

Limites du dispositif de recherche

Les populations interviewées sont issues d'un même CHRU ce qui limite les résultats. Il serait intéressant d'étendre cette recherche à des populations issues de zones à faible et haute densité médicale et de l'hospitalisation privé et publique.

Apports des résultats à la pratique et perspectives

Les pratiques d'Auteur non-conforme de l'IADE ont été identifiées ; il serait intéressant de valider cette étude par un travail de recherche sur le plan national accompagné par les sociétés savantes d'anesthésie réanimation afin de permettre l'évolution de notre décret de compétence et ce en conformité avec la réglementation, les accords de Bologne et la loi HPST.

Références bibliographiques

Ardoino, J. (1990), « *Les postures (ou imposture) respectives du chercheur* », Vigneux, Matrice, 1990.

Gatto F ; Garnier A ; Viel, E. (2007). *Education du patient*. Sauramps Médical.

SNIA. *Enquête du Syndicat National des Infirmiers Anesthésistes sur les pratiques déclarées des IADE*

« *Mieux connaître les IADE* », Oxymag Avril 2002, N°63, p.9-24.

Loi n°0175 du 29 juillet 2012 page 12376 portant sur la réforme de la formation initiale des IADE

Loi HPST 2009 : Loi n° 2009-879 du 7 septembre 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires

Mots-clés

Anesthésie, IADE compétences, posture, conformité/non-conformité, pratiques avancées