



## CR réunion IADE/MAR du jeudi 6 avril au ministère de la santé

Présents : IADE représentant de Cfdt, CGT, FO, SNIA, l'UNSA, SUD. MAR représentant la SFAR, le SNAR (Syndicat National des Anesthésistes Réanimateurs de France), le SNPHAR-E.

Absents : Les médecins urgentistes attendus pour la séquence de l'après-midi ne se sont pas déplacés.

### *Réunion du matin avec les MAR (10:00 / 13:00)*

Rappel du contexte : Demande d'une reconnaissance professionnelle à travers une grille indiciaire revalorisée, questionnement autour des IPA, ... quel avenir pour l'IADE, refus de réviser statuts et grilles indiciaires pour la DGOS avant de nous être repenchés sur notre exercice IADE ...

Révision du décret : Remplacer le terme « protocole » par le mot « stratégie » permettrait de mieux caractériser l'exercice professionnel IADE sans le faire basculer dans une « autonomie » dont les MAR ne veulent pas entendre parler. Il est rappelé l'importance fondamentale du binôme MAR-IADE, comme la garantie de la sécurité et des progrès dans la pratique de l'anesthésie en France. Ce binôme indissociable, qui n'a pas d'équivalent dans la collaboration médicale-paramédicale, est reconnue par tous. Elle n'est pas et ne doit pas être remise en question.

L'utilisation des termes « conduite d'une stratégie » conforterait ce fonctionnement en binôme tout en réactualisant et modernisant le décret qui définit notre champ d'exercice.

« Autonomie » et « indépendance » sont des terminologies réfutées en bloc par les MAR car remettant en cause le fonctionnement et l'exclusivité du binôme MAR-IADE.

Exit les transferts de tâche évoqués au départ, comme la VPA (visite pré anesthésique) entre autres.

Les représentants médicaux insistent sur la délégation de tâches encadrée par des recommandations, des décrets, et une formation qui n'est pas remise en question. Il y a alors partage de responsabilités, chacun restant responsable de ses actes bien sûr. La prise en charge de l'anesthésie relève de la responsabilité médicale uniquement. Pour rappel, la délégation de responsabilité n'existe pas sur le plan juridique.

Les pratiques avancées (IPA) viennent polluer le débat car leur définition anglo-saxonne ne permet pas une transposition directe dans notre organisation sanitaire. A travers leur formation, leur diplôme et leur exercice professionnel, les IADE sont de fait des IPA comme le reconnaissent unanimement MAR et IADE. Mais ce concept d'IPA sera-t-il retenu?

SUD explique que la notion d'IPA est un cheval de Troie introduit par la DGOS pour nous faire récupérer des actes médicaux, voire fracturer le binôme MAR-IADE pour inventer ensuite des professions intermédiaires. Notre métier est protégé par un DEIA gradé Master et une exclusivité d'exercice. Ces 3 caractéristiques constituent la base de notre exercice professionnel. Nous rappelons également qu'à nos yeux, être trop précis dans les textes, risque de nous enfermer dans un cadre finalement plus réducteur et plus contraignant pour notre exercice. Nous nous opposons à ouvrir notre exercice au contrôle d'autres spécialités médicales que l'anesthésie. Le binôme MAR/IADE est une exception dans son fonctionnement et sa complémentarité dans notre système de soins français, protégeons cette exception dont l'efficacité n'est plus à démontrer.

A la notion validée par tous ici présents « 1 MAR, 1 IADE, 1 site d'anesthésie », le trépied qui garantit les bonnes pratiques et la sécurité en anesthésie, SUD reprécise que l'anesthésie hors bloc est en plein développement et que les risques de dérapages et les espoirs de casser ce binôme n'ont jamais été aussi prégnants.

Il est évoqué d'introduire dans notre décret de compétence la notion de « site d'anesthésie » pour cadrer géographiquement notre exercice intra-hospitalier.

Les MAR rappellent que le nombre d'anesthésies réalisées en France est passé de 3 000 000 en 1980, à 8 000 000 en 1996, pour arriver à 12 000 000 en 2016 ...

A la piste des IPA (article 119 de la loi de modernisation du système de santé) et des soins complexes offrant peu de perspectives réellement intéressantes pour les IADE, nous préférons de loin la piste de la valorisation des compétences acquises à travers des grilles indiciaires revalorisées.

A l'évolution et la reconnaissance de notre exercice professionnel dans nos pratiques quotidiennes, s'est ajoutée une reconnaissance académique de notre DEIA (gradé master). Il est logique d'y apporter le complément salarial par une réévaluation de notre grille indiciaire.

La prise en charge de l'anesthésie débute à l'hospitalisation et se termine à la sortie de l'établissement pour le patient. Ce processus répond à une demande d'intervention chirurgicale, radiologique ou pour d'autres gestes ou examens. L'IADE intervient par délégation de tâche dans une partie de ce processus, dans le cadre d'un décret de compétences.

Les thèmes évoqués par la DGOS concernant le champ de l'anesthésie (*Contribution des IADE à la visite pré-anesthésique sous la forme d'une check-list en double lecture par le MAR, prise en charge de la douleur aiguë post-opératoire par adaptation des prescriptions initiales du MAR, possibilité pour les IADE de contribuer aux consultations douleur et aux Comités de Lutte contre la Douleur des établissements de santé, poses complexes de voies veineuses périphériques en dehors du bloc opératoire. La question de la pose par les IADE des « Picc Line » ou cathéters veineux centraux écho-guidés*) n'auront pas été traités en tant que tels, car ne faisant pas l'unanimité des participants autour de la table.

La CGT et FO revendiquent la place de l'IADE en SMUR, le SNIA défend le rôle de l'IADE dans la lutte contre la douleur. Le Pr Ecoffey constate que la plus-value IADE n'interviendrait que dans 5% des sorties SMUR. Opposition pour un exercice de droit sur le SMUR et la douleur chronique. Pour autant la valeur de l'IADE en SMUR est réelle, il reste à définir son cadre d'exercice. Concernant le rôle de l'IADE en extrahospitalier, les MAR considèrent qu'il faut un décret spécifique pour en cadrer l'exercice avec les médecins spécialisés en médecine d'urgence et ne pas morceler le décret existant au risque d'y créer une brèche dans laquelle viendraient s'y engouffrer d'autres spécialités médicales, et le secteur privé en particulier. Ce serait alors fatal pour notre profession et notre binôme. Le débat reste ouvert ... d'où la nécessité de deux textes bien distincts.

Notre métier socle est le métier d'infirmier, notre spécialité est IADE et passer d'un « protocole » à une « stratégie » répondrait à la modernisation de notre décret de compétences et sa réactualisation par rapport à notre nouveau référentiel de formation de 2012. Le SNPHAR-E partage notre revendication de reconnaissance indiciaire mais pas dans l'évolution des compétences.

Alors que la réunion arrive à son terme, SUD repose la question de la garde paramédicale, un thème également porté par le collectif IDF. Ce n'était pas à l'ordre du jour de cette réunion, néanmoins il va falloir que les IADE s'approprient ce débat pour le porter ensuite au-devant des revendications qui conditionnent et reconnaissent notre exercice professionnel comme indissociable de la permanence de soins.

Rien n'a été acté en séance, mais les échanges avec nos partenaires médicaux de prédilection se sont déroulés dans un climat constructif et nous nous donnons rendez-vous le 2 mai pour la prochaine réunion. Nous aurons tous entretemps consulté nos organisations respectives.

## *Réunion de l'après-midi en l'absence des médecins d'urgence (14:00 / 16:30)*

Présents : Représentant IADE.

Absence des représentants de médecins d'urgence, signalée à la DGOS.

1. La réalisation des transports infirmiers inter-hospitaliers (T2IH) des patients intubés, ventilés et/ou sédatisés par les IADE ne fait pas débat, il reste à définir si cette activité relève de l'exclusivité d'exercice IADE ou d'une priorité. L'ensemble des participants s'accorde à recommander une exclusivité IADE dans ce type de transport pour ce type de patients. SUD met en garde l'assemblée sur un risque majeur pour l'IADE en SMUR d'être quasi-exclusivement cantonnée à cette activité T2IH, d'autant plus que les GHT vont créer un appel d'air considérable pour ce type de transports.
2. Concernant le travail de l'IADE sous la responsabilité du médecin urgentiste (et non plus seulement des MAR), et le maintien de la place des IADE dans les transports SMUR avec la possibilité d'exercer au sein des SAU, notamment lors de la prise en charge des patients en déchocage, SUD émet une forte réserve. L'ensemble des IADE n'adhère pas à cette alternative, qui ouvre une brèche dans le binôme MAR/IADE et de le voir disparaître sous la poussée d'autres spécialités médicales.

Il apparaît pourtant nécessaire de faire évoluer un cadre réglementaire rédigé à une époque où les MAR étaient encore en forte activité dans les SAMU et SMUR. Proposition de faire apparaître à un moment dans les textes mais de manière bien distincte de l'activité en intra-hospitalier, que « *...En extra-hospitalier, l'IADE peut collaborer sous la responsabilité du médecin urgentiste dans la prise en charge de patients ...* »

3. Au sujet de l'expérimentation d'équipages IADE dans les SMUR, répondant à un cahier des charges précis et faisant l'objet d'une évaluation scientifiquement validée, il n'a pas été possible de trouver un consensus. SUD s'est opposé fermement à cautionner ce type d'expérimentation, au motif que c'est au ministère de prendre ses responsabilités et l'initiative de mettre en place avec l'ensemble des acteurs concernés une offre de soins graduée pour les T1 en pré-hospitalier. La-aussi, le piège est un peu grossier ...

Le débat a eu lieu, entre représentants IADE, loin des errements « facebookiens ». Il semble pouvoir s'orienter vers des consensus possibles, à notre niveau tout au moins. Nous ne sommes pas les seuls concernés dans ce dossier. Prochaines réunions le 2 mai 2016.

