

Réunion de travail

Identification de pratiques avancées pour le métier d'Infirmier Anesthésiste

Compte-rendu de la réunion du 27 janvier 2010
(Source DHOS)

Participants :

❖ Animation :

DHOS :

- ▶ M. BOUDET, chef de bureau RH2 : Exercice, déontologie et développement professionnel continu
- ▶ Mme MERLE, RH2
- ▶ Mme DARDEL, RH2
- ▶ Mme PEREZ, RH2
- ▶ Mme VASSAUX, RH2

CG Conseil :

- ▶ Mme GAY
- ▶ Mme MONTARELLO

❖ Membres présents :

Pascal BAGUENARD, SNIA / CLCC
Dr Jean Etienne BAZIN, SFAR
Danie BOUDIGUET, CEEIADE
Françoise CHASSAGNOL, FO
Josette CRISTIN-KIEKEN, CEEIADE
Dr Jean Marc DUMEIX, CFAR
Thierry FAUCON, FEHAP
Marie-Hélène FEUILLIN, FFASS - CFECGC
Romuald FOLTZ, CFDT (IADE)
Bruno FRANCESCHI, Fédération Santé CGT
Dr Jacques FUSCIARDI, CFAR
Monique GUINOT, Ecole IADE AP-HP
Philippe LAMARCHE, Fédération CGT
Franck LAUDOJAR, CNI (IADE)
Dr Michel LEVY, SNARF
Christine LOZACH, CFDT
Dr Bertrand MAS, SNPHAR
Daniel MEURILLON, FNLCC
Dr Pierre PERUCHO, CFAR
Valérie REININGER, AIAHUS (IADE)
Françoise RIBEIRO, CFDT (IADE)
Pascal ROD, ESNO / IFNA
Marie-Ange SAGET, SNIA
Dr Richard TORRIELLI, SNPHAR

I – Introduction

M. BOUDET accueille et remercie les participants.

Il indique que le terme de « pratiques avancées » fait référence au champ d'intervention se situant entre l'exercice actuel des infirmiers anesthésistes tel que défini par le Code de la Santé Publique et le champ d'évolution du métier.

Il s'agit, dans le cadre des travaux à venir, d'une part d'examiner les pratiques effectives des infirmiers spécialisés et, d'autre part, d'identifier, en lien avec le corps médical, si d'autres domaines pourraient donner lieu à des coopérations dans le cadre de transferts d'activités. M. BOUDET rappelle que la loi Hôpital Patients Santé Territoires du 21 juillet 2009 prévoit un dispositif en matière de coopération entre professionnels de santé, les textes d'application étant en cours de parution, notamment le premier arrêté du 31 décembre 2009 relatif à la procédure applicable aux protocoles de coopération entre professionnels de santé.

La démarche d'identification des activités correspondant à des pratiques avancées conduite avec les IADE sera également conduite avec les IBODE et les puéricultrices. Trois groupes de travail fonctionneront en parallèle.

2 – Présentation de la méthode de travail

Mme GAY rappelle le contenu des travaux réalisés dans le cadre du groupe chargé de la réingénierie du diplôme d'Infirmier anesthésiste. Elle rappelle les objectifs des travaux, qui sont d'élargir et d'enrichir le métier en lien avec les réflexions en cours en la matière.

Le questionnaire proposé pour la première réunion porte sur la nature des activités qui feraient l'objet de pratiques nouvelles et sur l'identification des besoins à venir :

- quelles sont les activités dans lesquelles l'infirmier anesthésiste peut entrer en pratiques nouvelles et mobiliser des compétences plus approfondies ?
- quelles sont les activités qui pourraient permettre de prendre en compte des besoins actuels ou futurs nécessitant une évolution des prises en charge ?

La démarche proposée porte sur une identification large des activités et pratiques nouvelles, telles qu'elles existent aujourd'hui et telles qu'elles pourraient se développer demain, en réponse à des besoins actuels ou à venir.

Les travaux s'organiseront en deux temps :

- phase libre de brainstorming permettant d'identifier de manière exhaustive les pistes d'activités faisant l'objet de pratiques avancées,
- phase d'analyse et de synthèse permettant de retenir les activités les plus pertinentes.

3 – Débat

Un débat s'instaure sur différentes questions :

Quelle est la différence entre les « pratiques avancées » et les « coopérations entre professionnels de santé » ?

M. BOUDET indique que les coopérations entre professionnels de santé constituent un principe inscrit dans la loi « Hôpital Patients Santé Territoires ». Les coopérations entre professionnels de santé se développent dans le cadre de protocoles impliquant au minimum deux professionnels de santé qui acceptent de coopérer et qui définissent de manière concertée le champ de cette coopération. Cette intention de coopérer se traduit au travers d'une déclaration et d'un protocole désignant la nature des activités sur lesquelles les professionnels en présence souhaitent coopérer.

Cette coopération fait l'objet d'une validation par la Haute Autorité de Santé après avis de l'Agence Régionale de Santé indiquant que le champ de la coopération envisagée correspond à un besoin régional.

La coopération entre professionnels de santé se situe donc dans un cadre individualisé. Elle ne concerne pas l'ensemble d'une profession mais s'inscrit dans le cadre d'une construction de réponses personnalisées à des besoins de terrain.

L'identification de « pratiques avancées » est de nature différente. Il s'agit en effet d'identifier quels sont les domaines dans lesquels tous les infirmiers d'une spécialité donnée pourraient élargir leurs activités au-delà de ce qui se pratique aujourd'hui et de conduire une réflexion prospective permettant d'identifier les activités ou actes relevant aujourd'hui des interventions du corps médical et qui pourraient être réalisés par des infirmiers, dans des conditions déterminées. Ces travaux peuvent donc avoir un impact direct sur les contenus de formation et peuvent conduire à une modification de la définition du champ de l'exercice.

Quel est le lien entre les travaux sur les pratiques avancées et la démarche LMD ?

Les travaux de réingénierie ont permis une reconnaissance du Diplôme d'Etat d'Infirmier au grade de licence. Pour les Diplômes portant sur les spécialités infirmières, la reconnaissance au grade de master n'est pas automatique. Elle dépend de la nature des activités, des compétences et de la formation. Il appartient à l'Agence d'Evaluation pour la Recherche et l'Enseignement Supérieur, relevant du Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche, de statuer sur ce niveau de reconnaissance.

A partir des travaux d'ingénierie déjà réalisés (référentiels activités et compétences), il s'agit d'identifier les éléments nouveaux pouvant être intégrés dans ces référentiels et dans les contenus de formation. Le travail sur les pratiques avancées aura donc un impact direct sur le niveau de reconnaissance du diplôme par l'enseignement supérieur et viendra nourrir la démarche de réingénierie du diplôme qui a été engagée au cours des mois précédents.

Quelle est la règle de validation s'il n'y a pas d'accord au sein du groupe ?

La mission du groupe de travail est de faire émerger la nature des pratiques avancées dans chaque spécialité infirmière. Les productions du groupe feront l'objet de compte-rendu. Les travaux suivront ensuite un circuit hiérarchique classique et feront l'objet d'une restitution au cabinet de la Ministre. En cas d'inscription de certains éléments dans un volet réglementaire, la démarche suivra la procédure classique de saisine d'instances. Les référentiels et le contenu du diplôme feront l'objet d'un arrêté qui sera soumis au HCPP.

Quels sont les impacts des travaux sur l'évolution des rémunérations des professionnels ?

La rémunération des IADE est déjà différenciée au sein des grilles indiciaires. L'évolution des rémunérations des professionnels prend appui sur leur niveau de compétences et donc sur le niveau de reconnaissance du diplôme.

Quelle sera la conséquence des travaux sur la responsabilité des différents professionnels ?

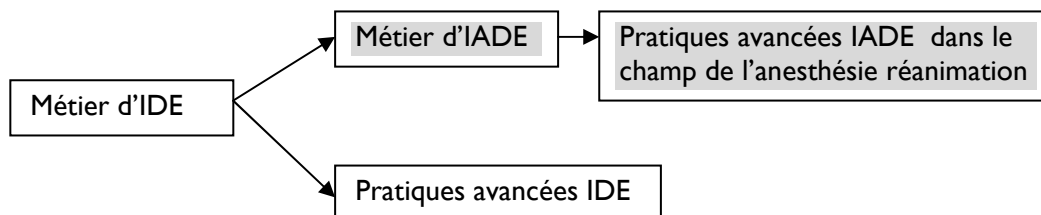
Si un champ nouveau d'intervention est défini pour les infirmiers spécialisés, celui-ci sera inscrit dans la réglementation, avec toutes les conséquences sur la responsabilité de l'infirmier spécialisé, à l'instar des expérimentations réalisées à l'issue des travaux ayant donné lieu au rapport Berland. Par exemple, les transferts d'activités opérés entre ophtalmologistes et orthoptistes ont généré des champs de responsabilité nouveaux pour les orthoptistes.

L'IADE n'est-il pas déjà en « pratiques avancées » au regard de l'IDE ?

Le métier d'IADE est distinct du métier d'IDE. La formation d'IADE représente une spécialité post-formation IDE. En outre, les infirmiers anesthésistes ont une « exclusivité d'exercice » reconnue par l'attribution d'actes spécifiques. Le métier et le diplôme d'IADE font donc déjà l'objet d'une reconnaissance au-delà du diplôme d'infirmier.

Le terme de « pratiques avancées » recouvre, pour chacun de ces métiers, la possibilité d'élargir les activités de ce métier – dans des conditions déterminées - au-delà de ce qui se pratique aujourd'hui, notamment sur des activités relevant aujourd'hui des interventions du corps médical. Les « pratiques avancées » pour les IADE se situent dans le champ de l'anesthésie-réanimation, ce qui n'est pas le cas pour les « pratiques avancées » IDE.

Le schéma ci-dessous montre la différence de parcours : IDE – pratiques avancées IDE et IDE – IADE – pratiques avancées IADE.



Les participants soulignent la nécessité de prendre en compte :

- les travaux réalisés sur la sécurité et la qualité en anesthésie, afin d'assurer la sécurité des patients et une gestion des risques optimale,
- les différences d'exercice liées aux spécialités des blocs opératoires et aux interventions de chirurgie lourde,
- la question de la responsabilité des professionnels et de protection des infirmiers anesthésistes, à aborder dans le cadre des questions de responsabilité légale des professionnels et dans le cadre du binôme « infirmier anesthésiste / médecin anesthésiste réanimateur »,
- les incidences des travaux en matière de paiement des actes,
- les questions posées par la rachianesthésie et par les anesthésies locorégionales, en termes de morbidité et de conséquences traumatiques.

Dans le débat, plusieurs points sont abordés par les représentants du corps médical, notamment la nécessité :

- de distinguer coopération, transfert de compétences et délégation, étant entendu que la délégation ne peut s'opérer qu'entre professionnels disposant des mêmes compétences, la délégation n'étant pas un abandon de responsabilité,
- de prendre en compte les apports des travaux réalisés par la Société Française d'Anesthésie Réanimation,
- d'identifier la nature de la supervision à réaliser par les médecins dans le cadre de l'équipe d'anesthésie,
- de distinguer le geste et l'acte, ce qui permet de passer de l'un à l'autre étant l'expression de la valeur-ajoutée apportée par le médecin, c'est-à-dire le raisonnement médical et la compétence de gestion de l'imprévu qui relèvent de la seule compétence médicale,
- d'analyser les impacts des travaux sur la responsabilité médicale, civile et pénale des médecins, notamment dans le cadre d'une pratique dans le secteur privé.

3 – Phase de « brainstorming » sur les pratiques nouvelles

Après échanges, les activités nouvelles identifiées et les questions posées par ces activités sont les suivantes, étant entendu que cette première liste ne préjuge en rien des choix qui seront à opérer dans un second temps pour sélectionner les activités et compétences à ajouter aux référentiels d'infirmier anesthésiste.

Les professionnels identifient des activités de nature différentes :

I – Certaines activités sont déjà pratiquées par les IADE dans des contextes spécifiques d'exercice.

Compte tenu de la formulation assez large de l'article R.4311-12 du code de la santé publique, le fait de savoir si les activités entrent ou non dans ce cadre réglementaire peut être sujet à débat.

Ces activités relèvent plutôt du cadre de la coopération entre professionnels de santé dans un contexte précis et individualisé. Il s'agirait d'identifier si c'est effectivement le cas, avec un certain nombre de conditions, ou si ces pratiques peuvent être généralisées.

Pour que tous les IADE puissent pratiquer telle ou telle activité, les professionnels soulignent qu'il serait nécessaire de préciser le cadre réglementaire.

Les activités suivantes sont identifiées :

Activités / situations	Questions posées par ces activités
<ul style="list-style-type: none"> • Induction en autonomie (certaines inductions) / 	<ul style="list-style-type: none"> • Les recommandations SFAR indiquent que le MAR doit être présent à l'induction : un débat s'instaure sur cette présence dans les faits • Cette activité est déjà possible dans le cadre juridique actuel • Un débat s'instaure sur les risques et les responsabilités respectives en cas d'incident • Il n'apparaît pas pertinent de noter que l'induction soit plus fréquemment réalisée en autonomie pour des patients ASA I pour les raisons suivantes : recours juridiques plus fréquents pour les ASA I, on n'a pas que des ASA I dans un bloc, difficulté d'évaluation ASA • <i>Condition</i> : prendre en compte la notion d'équipe
<ul style="list-style-type: none"> • Intubation sélective / utilisation du matériel pour intubation sélective • Pose de voies veineuses centrales 	<ul style="list-style-type: none"> • L'IADE sera-t-il en capacité de traiter les complications immédiates ? • <i>Conditions</i> : le process anesthésie est respecté, le

	médecin a donné expressément son accord en fonction des risques
<ul style="list-style-type: none"> AG pour endoscopie digestive 	<ul style="list-style-type: none"> Volume important avec 90% ASA I Acte diagnostic : conséquences de l'absence de l'évaluation médicale Cas de jurisprudence
<ul style="list-style-type: none"> Dans le cadre de la réanimation per opératoire, adapter les thérapeutiques pour maintenir un état stable du patient : il s'agirait notamment de proposer un autre médicament dans la réanimation per opératoire en autonomie 	<ul style="list-style-type: none"> La compétence « adapter le choix et la posologie des médicaments d'anesthésie en fonction de leur pharmacologie, des temps et techniques anesthésiques, opératoires ou obstétricaux et de l'évaluation des données cliniques et para cliniques » est présente dans le référentiel actuel.
<ul style="list-style-type: none"> ALR – rachi anesthésies 1^{ère} intention 	<p>Le débat porte sur les points suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> Cette activité se pratiquerait aujourd'hui mais les IADE voudraient en préciser la couverture légale Les médecins soulignent que leur responsabilité est engagée dans ce cas et que cette activité de 1^{ère} injection doit faire l'objet d'une formation spécifique y compris pour le médecin Or, pour les IADE, elle fait l'objet d'une formation mais la pratique n'est pas enseignée et la validation est seulement théorique Il s'agit d'un acte médical avec des conséquences possibles pour le patient Il apparait possible qu'un IADE réalise cette activité avec une formation ad hoc mais les questions de responsabilité propre et de suivi des complications sont soulevées par le corps médical : s'agit-il d'une délégation en présence du médecin ou d'une responsabilité propre de l'IADE ? Mais dans ce dernier cas qu'en est-il des complications potentielles et du suivi des patients qui se plaignent ?
<ul style="list-style-type: none"> Prise en charge de patients dans le cadre d'un SAMU / SMUR ou en complément du médecin urgentiste : intubation, pose d'un dispositif sous glottique 	<ul style="list-style-type: none"> La question de la présence d'un médecin MAR ou urgentiste est soulevée La question de l'exclusivité de compétence dans le domaine SMUR fait l'objet d'un débat : actuellement, ce sont le plus souvent des IDE qui interviennent, les IADE pourraient apporter une valeur ajoutée pour la prise en charge du patient.

Certaines activités évoquées ne sont pas retenues :

- Interventions sous hypnose : ces interventions requièrent une formation spécifique
- Actions en réponse à différents incidents : il s'agit, par exemple, d'anticiper pour réaliser une transfusion, de poser une voie veineuse complémentaire, d'intuber un patient qui ne l'est pas, de libérer des voies aériennes supérieures. Les IADE et les IDE les réalisant déjà, ces activités ne sont pas retenues.

2 – D'autres activités ne sont pas pratiquées aujourd'hui et seraient nouvelles.

Les activités nouvelles suivantes ont été identifiées :

Activités / situations	Questions posées par ces activités
------------------------	------------------------------------

<ul style="list-style-type: none"> • Prescription thérapeutique anti-douleur, y compris hors SSPI et pour antalgique > palier I : il s'agirait d'une prise de décision, suite à évaluation de la situation • Suivi des patients porteurs de dispositifs médicaux / traitement de la douleur post-opératoire jusqu'au cathéter péridurale 	<ul style="list-style-type: none"> • Il y a aujourd'hui prescription médicale : il s'agirait d'entrer dans le cadre d'une prescription médicale limitée • Le débat porte sur la question du protocole de prescription validé : possible pour la douleur, plus difficile pour l'entretien de l'anesthésie • Le débat porte sur la terminologie de « protocole » qui paraît ne pas convenir
<ul style="list-style-type: none"> • Visite pré-anesthésique en complément de la consultation anesthésique : vérification la présence des bilans, radios, ..., réponse aux questions du patient, la veille ou le matin de l'intervention. 	<p>La visite pré-anesthésique permet d'assurer les fonctions suivantes, dont certaines relèvent du médical et d'autres non :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. prendre connaissance des examens complémentaires et à ajuster la stratégie : relève du domaine médical 2. vérifier des conditions (jeûne) : peut relever du domaine paramédical 3. vérifier que le patient confirme son consentement éclairé et libre : médical ou paramédical ? 4. Vérifier que tous les examens sont faits, alerter s'ils ne le sont pas, orienter en fonction des patients 5. Changer le type d'anesthésie en fonction des résultats d'examens pour certaines situations : relève du domaine médical
<ul style="list-style-type: none"> • Prendre l'initiative des bilans sanguins et des gazométries 	

4 – Suite des travaux

Il est proposé aux membres du groupe d'identifier les activités et situations manquantes et les besoins de reformulation. Les propositions sont à adresser à la DHOS en amont de la prochaine réunion, qui se tiendra le **1^{er} mars 2010 en salle - 1114, à 10 heures.**

Dans un deuxième temps, il sera proposé de sélectionner les activités les plus pertinentes, sur la base d'une grille d'analyse. Celle-ci sera transmise aux membres du groupe de travail en amont de la réunion ainsi que les référentiels d'activités et de compétences élaborés dans le cadre des travaux portant sur la réingénierie du diplôme d'infirmier anesthésiste.