

<p align="center">Compte-rendu de la réunion par visioconférence du 27 janvier 2021 avec les membres de la SFAR</p>
--

Etaient présents pour la SFAR :

- Pr BOUAZIS, Président de la SFAR,
- Dr DELAUNEY, Vice-président 1,
- Pr ALDALADEJO, Vice-président 2,
- Dr CITTANOVA, Trésorière,
- Pr NOUETTE-GAULIN, Trésorière Adjointe,
- Pr LEONE, Secrétaire Général Adjoint,
- Pr MARTIN

Représentant du collectif IADE Aquitaine :

- William DAUGA

Le premier temps de parole est dédié à la présentation de chacun des participants.

La visioconférence a duré presque une heure. Les échanges sont courtois et les temps de paroles bien respectés.

La discussion est dirigée sur la problématique des IPA et notamment sur les IPA Urgences. Très rapidement, l'ensemble des médecins me donne leur avis : chaque spécialité Urgences/SMUR, Réanimation, Bloc Opératoire devrait avoir leurs propres paramédicaux spécialisés, à savoir des IPA U, des IPA Réanimation et des IPA d'Anesthésie. Ils se posent des questions sur la formation des IPA et sur le coût de cette dernière en autofinancement.

Sur cette thématique, je leur donne quelques informations :

- La formation IPA est universitaire, elle leur reconnaît un niveau MASTER,
- Elle nécessite un concours sur dossier, à l'opposé des exigences de celui d'entrée à l'école d'IA (concours écrit anonyme et impartial),
- Elle débute par une année de tronc commun pour toutes les spécialisations,
- Et elle se poursuit par un an de spécialisation avec, pour les IPA U, un début de référentiel d'actes très volumineux (dont une partie est axée sur le champ médical alors qu'on nous la refuse depuis très longtemps : prescription médicale limitée, pose de VVC, pose de cathéter artériel...) et une somme d'apprentissage très conséquente (soins de premiers recours, soins critiques et

soins en pré-hospitalier). Je leur signifie que cela correspond à une partie de nos prérogatives IADE.

- Les conditions de présence à la Faculté sont inégalitaires par rapport à notre formation, à savoir un jour par semaine ou une semaine par mois.
- Le volume horaire de la formation, des temps d'enseignements pratique, théorique et de travail personnel ou en groupe sont significativement très inférieurs aux nôtres.
- Le volume horaire est probablement en inadéquation avec les compétences requises pour leur diplôme. Il faut deux ans à temps complet aux EIA pour acquérir les compétences nécessaires.
- Leur formation, moins intense, sera valorisée un MASTER et non un grade MASTER, et par conséquent, aura de meilleures grilles indiciaires.

Sur ces faits, je les informe qu'il existe un risque majeur de perte d'intérêt pour la formation IADE au bénéfice de celle d'IPA, que cette situation provoquera un vrai préjudice sur l'avenir de notre profession si nous n'obtenons pas leur soutien.

Je leur précise qu'il ne faut pas voir notre avenir professionnel à court terme mais qu'il faut se projeter plus loin. A long terme, cela pourrait signer la mort programmée des Infirmiers Anesthésistes, la fin d'une collaboration efficiente œuvrant pour la qualité et la sécurité des soins apportés aux patients et mettre inévitablement en péril l'organisation et la gestion des plannings opératoires déjà mis à rude épreuve avec la crise sanitaire.

Suite à cette information, le Comité Médical relève des inégalités entre les deux formations qui sont principalement liées aux schémas de formation :

- Celle des IPA est à temps partiel, pouvant maintenir une activité professionnelle, alors que celle des IADE est à temps complet se qui limite les autofinancements. Ils s'interrogent sur le pourcentage des EIA en autofinancement et en concluent que cet aspect pourrait entraîner une perte d'attractivité.
- Ils relèvent que le niveau de compétences requises pour les IPA U est en inadéquation avec le volume horaire de la formation et avec le référentiel de compétences.
- Ils notent la possibilité que le contenu de formation ne soit pas uniformisé sur le plan National, que le concours d'entrée n'est pas impartial et que malgré tous ces

aspects négatifs, leur diplôme sera sanctionné d'un niveau MASTER. Ils se posent également la question : « est-ce réellement un MASTER ? »

Les Médecins avancent très vite le risque de dégradation, le risque de perte de qualité de la formation IADE si celle-ci se dirige vers le même cursus que celle des IPA. Malgré tout, ils n'entendent pas la possibilité de dégradation de nos compétences si nous perdons une partie de nos prérogatives. Ils reviennent même sur les craintes de certains IADE lors de la mise en place du MASTER et du maintien du niveau de compétences. Ces doutes étaient liés, d'après eux, à des idées préconçues sur la notion d'intellectualisation de la profession qui allaient obligatoirement dégrader et ralentir l'acquisition des compétences pratiques. Ils réfutent l'idée du risque d'extinction de notre profession.

Pour la SFAR, la problématique est de savoir vers quoi nous nous dirigeons, vers quel type de professionnel cela nous mènera.

Je leur réponds que l'impact n'est pas pour demain et que nous verrons probablement les conséquences d'ici 5 à 10 ans si nous ne faisons rien. Si notre formation se calque sur celle des IPA, il n'existera plus d'IADE avec un tel haut niveau de compétences. Cette régression bouleverserait les plannings opératoires et le fonctionnement du bloc alors que l'activité est en croissance permanente.

Durant cet échange, ils m'informent à plusieurs reprises qu'ils veulent et qu'ils sont soucieux de défendre notre formation telle qu'elle est conçue à ce jour (ils ont bien compris qu'en nous défendant, ils défendent leurs intérêts).

Sur ces faits, je les informe que nous défendrons nos quatre prérogatives : le Bloc Opératoire, la Réanimation, la Douleur et l'Extrahospitalier/Urgences.

J'essaie de leur démontrer que la Réanimation, les SAUV et le SMUR sont des services qui nécessitent nos compétences et sont également une façon de promouvoir notre profession au sein des IDE non Spécialisés.

La plupart des médecins présents ont du mal à croire que notre éviction de ces services portera atteinte à notre profession. A plusieurs reprises, ils axent notre discussion sur la nécessité de recentrer notre travail de doléance sur nos activités au Bloc Opératoire, en salle de surveillance post interventionnelle et sur la gestion de la Douleur. Ils conseillent aux IADE de mettre en avant la qualité de leurs deux ans de formation à temps complet sur ces prérogatives. Ils ont des doutes sur la capacité de la formation des IPA à faire intégrer autant de compétences spécifiques en ayant une année de tronc commun.

J'ai le sentiment qu'ils souhaitent nous donner un sens directif sur la possibilité de l'évolution de notre profession. De ce fait, je leur demande pourquoi nous ne sommes toujours pas reconnus officiellement comme étant déjà en pratique avancée et je leur parle de profession intermédiaire sans émancipation Médicale.

Le comité médical ne relève pas ma question et ma remarque à ce moment-là, mais ils ne semblent pas étonnés.

Le professeur NOUETTE-GAULIN revient sur la notion de réseau (une information que nous lui avons donné lors de la visioconférence avec le Collectif Aquitaine). Le Professeur avait déjà informé le Comité de l'efficacité de notre système dit « pyramidal », de sa capacité de diffusion d'informations et du fait que les IADE de France se fédéraient de nouveau en Collectifs locaux, régionaux voire National.

Le Comité de la SFAR me questionne sur l'absence syndicale à nos côtés, car pour eux, un groupe doit être représenté par le SNIA, le CNP IA et autres... (ils ne les citent pas).

Je leur explique que nos revendications se veulent les plus neutres et les plus apolitiques possibles pour le moment. Ainsi, nous voulons fédérer l'ensemble des IADE de terrain et faire remonter aux Syndicats le fruit de notre travail pour porter au mieux nos revendications.

Le Comité m'informe que la SFAR nous soutient et nous soutiendra en « théorie ». Pour que ce soutien soit officiel, il faut passer par une voie plus institutionnelle. Actuellement, notre problématique est intelligible mais non défendable sans cadre Syndical.

Le comité de la SFAR me donne la ligne directrice :

Il faut que vous interpeliez le CNP IA (le Conseil National Professionnel Infirmier Anesthésiste), le CEEIADE (le Comité d'Entente des Ecoles d'IADE) et le CNP ARMPO (le Conseil National Professionnel Anesthésie Réanimation Médecine Péri-Opératoire) sur tous les sujets qui vous sont problématiques.

Lors de notre discussion, ils en ont relevé quatre :

- Le niveau de compétences des IADE significativement différent de celui des futurs IPA. Nous avons une plus-value par rapport aux IPA U aux vues de la construction actuelle de leur formation et de leur référentiel d'activités.
- La non reconnaissance de notre statut actuel.
- Les grilles indiciaires : ils ne comprennent pas pourquoi nos grilles indiciaires sont inférieures à celles des IPA.

- Nos quatre prérogatives : même s'ils ne nous soutiendront pas pour les Urgences/Pré-hospitalier (car ils n'y sont presque plus positionnés) et la Réanimation (car ils soutiendront les IDE de Réanimation), nous devons mettre en avant que c'est l'ensemble de nos prérogatives qui nous apporte notre polyvalence et notre haut niveau d'expertise professionnelle.

Le but de cette manœuvre est de constituer un groupe représentatif par rapport aux différents CNP pour donner plus de crédit, interpeler et engager un dialogue avec nos tutelles et nos politiques. Pour se faire, le CNP IA doit rédiger un courrier au CNP ARMPO pour solliciter l'écriture d'un texte commun portant sur nos revendications et la protection de la filière IADE. L'enjeu des IADE face aux IPA est majeur pour les MAR car ils sont directement impactés.

Ils me font aussi la remarque des conséquences du contexte politique sur nos professions. Eux aussi sont exclus des services de Déchocage, des Urgences, des SAMU/SMUR. Ils comprennent que ces services soient tout autant attractifs pour leurs jeunes Médecins que pour les IADE. Nous relevons la problématique des EIA pour la réalisation de leur stage SMUR jusque là obligatoire dans le cursus de notre profession. Ils avouent que le problème est réel et connu par le Président de la SFAR qui est également le Directeur Scientifique d'une école d'IA. Ils n'ont pas de proposition à ce sujet. Ils écoutent mes doléances (qualité et sécurité des soins...) mais également sur le risque de perte d'attractivité de notre profession en lien avec le SMUR mais ils relativisent ce problème.

Je leur fais remonter que les IADE ont été mis en avant par la DGOS pour notre polyvalence lors de la première vague COVID. Cette mise en avant médiatique a vite été relayée en arrière plan. Les MAR et la SFAR ne nous ont pas soutenus comme l'ont été les IDE de réanimation et les IDE des Urgences.

En ce qui concerne les IDE de Réanimation, le comité de la SFAR m'informe que pour eux, ces IDE ont besoin de compétences spécifiques et que cela correspondait à une vraie demande de la part de ces mêmes IDE.

Encore une fois, j'ai le sentiment qu'ils veulent nous entraîner avec eux dans cette « perte » mais qu'ils auraient néanmoins d'autres perspectives d'avenir pour les IADE. Le comité de la SFAR m'indique que les IADE devraient plutôt se positionner sur le Bloc Opératoire, la SSPI et la Douleur, que cela pourrait nous orienter vers de possibles évolutions de missions en lien

avec le Per-Opérateur, mais que cela reste à nous de voir et que nous devons faire des propositions de perspectives d'évolution.

Je leur soumetts de rectifier les recommandations de 1995 concernant le rôle de l'IADE. Pour un médecin, cette recommandation n'est pas péjorative et correspond à notre rôle. Je l'informe donc que notre décret a changé depuis et que nous sommes actuellement sur un décret de type « missions » : il nous permet d'ajuster en permanence notre prise en charge anesthésique ce qui diffère de la seule surveillance d'un patient.

Si nous voulons faire modifier cette recommandation, nous devons le signifier sur notre courrier destiné au CNP IA. Pour que cette remise à jour soit efficace, il faudrait faire, selon eux, une description de notre décret « mission ». Il faut également stipuler que, lors de nos prises en charge anesthésiques, nous ajustons en permanence les différentes thérapeutiques mises en œuvre. Cet ajustement s'apparente à de la prescription dite « de courte durée » et non à une prescription médicale dite « différée ». Je leur soumetts donc l'idée d'une Autonomie Médicalement Supervisée en sachant que la majorité des IADE ne souhaitent pas s'émanciper des médecins. Cette idée ne rencontre pas d'objection et ne fait pas débat.

Ils soumettent une nouvelle fois l'idée d'IPA Anesthésie. Elle serait envisageable par la SFAR mais je leur signifie de nouveau qu'elle reste contradictoire aux vues de leurs inquiétudes concernant le cursus de formation.

Pour faire évoluer la profession IADE et maintenir son attractivité, ils parlent de possibilité de protocoles, de possibles mises en place de protocoles de coopération sur le Per Opérateur mais n'en citent aucuns. Encore une fois, « c'est à vous de décider ».

Ils disent reconnaître nos qualités et pensent qu'il faut que nous travaillions sur notre référentiel pour améliorer et préserver notre métier. Pour eux, il faut recentrer le débat sur notre cœur d'activité.

Avant de terminer la réunion, ils m'informent que nos problématiques seront rediscutées le lendemain (le 28/01/2021) en Conseil d'Administration (aucun retour à ce jour). Ils relèvent également la notion de temps pour réaliser les courriers : nous devons être le plus efficace et le plus rapide possible.

William DAUGA, représentant du collectif IADE Aquitaine