

QUESTIONNEMENTS BILAN INTERMÉDIAIRE RÉUNION IGAS SUR LA PRATIQUE AVANCÉE DES IADE (2022)



Dans le but de poursuivre le cycle des quatre réunions de concertation sur la reconnaissance d'un exercice de pratique pour la profession IADE, nous avons repris les questionnements soulevés par les IADE et relayés au cours des échanges.

Nous vous proposons les éléments de réponse apportés en réunion ou dans le rapport IGAS menant à cette réflexion. Ces éléments sont factuels, tels qu'ils ont été prononcés par les locuteurs ou selon le rapport IGAS « *Trajectoires pour de nouveaux partages de compétences entre professionnels de santé (novembre 2021)* ».

Ce document n'a pour seule vocation que de rappeler les bases réflexives portées par les différents intervenants afin de permettre à toutes les composantes IADE de prendre connaissance de ces éléments et de s'exprimer sereinement.

**Le « stock » sera-t-il reconnu dans un exercice de pratique avancée ?
Selon quelles modalités ?**

« Une telle modification des conditions de diplôme permettrait d'intégrer dès à présent, dans l'attente de l'universitarisation de leur diplôme et à titre dérogatoire, les IADE déjà diplômés ne disposant pas d'un Diplôme d'État délivré par l'université. Il s'agirait dans cette hypothèse d'une disposition transitoire prenant fin à la date d'universitarisation des formations concernées » [TOME 1 - RAPPORT IGAS N°2021-051R](#)

**Quelles seraient les modalités d'intégration en pratique avancée pour notre profession ?
Quelle gouvernance pour un cursus IADE reconnu dans un exercice de pratique avancée ?
Qui acte les modalités d'ajustement (durée, contenu, répartition cours et stages...) des cursus : doyen de l'université ou convention tripartite ?
Les modalités de concours seront-elles reconduites ?**

Mr Debeaupuis reprend la parole afin de faire un résumé des quatre groupes de travail

« Rappel sur la pratique avancée en précisant que l'on n'y accède par une formation nouvelle, 100 % universitaire, de niveau Master qui s'appelle le DE IPA qui est actuellement délivré par toutes les universités de santé.

Lorsque l'on est reconnu en pratique avancée, on dispose de certains attributs et caractéristiques d'exercice qui sont définis par les textes arrêtés.

C'est cette construction là qu'il faut repenser et revisiter afin d'y faire entrer la profession des infirmiers anesthésistes.

Les bases de discussion partagées avec les quatre groupes.

Le statu quo total induirait deux écarts par rapport à la loi PA :

- Le diplôme n'est pas délivré par l'université*
- La formation n'est pas assurée par l'université.*

Il faudrait donc changer la loi. »

La loi dans son 2 et son 3, est assez prescriptive et indique que la formation et la diplomation doivent être délivrées par l'université.

Si l'on désire modifier cela, il faut modifier la loi et donc changer les décrets d'application.

« Si l'on crée une mention anesthésie dans le DE IPA, initialement soutenu par France université ainsi que les IPA, cela entraînerait un certain nombre de conséquences comme l'intégration des instituts de formation à l'université avec la grande diversité des modalités de formation. Cette orientation est critiquée par l'ensemble des acteurs et par les ministères et entraînerait la sortie du champ de la loi de 2004.

Si création d'une mention anesthésie dans le DE IPA, cela entraînerait un certain nombre de conséquences que les professionnels et les autorités sanitaires considèrent comme non pertinentes et non souhaitables à court terme.

Cela ne semble pas être le scénario privilégié par le ministre, compte-tenu des orientations exprimées d'où la recherche de scénarios alternatifs.

L'un d'eux maintiendrait le DE IA ainsi que les instituts de formation parce qu'il présente l'intérêt de maintenir la professionnalisation, par ailleurs homogène au plan national et dans le champ de la loi de 2004 de régionalisation.

Les propositions de concertation, sans arbitrage à ce jour, visent, dans une proposition complémentaire, à renforcer l'intégration pédagogique des instituts de formation à l'université avec une diplomation et une accréditation par l'université.

La perspective d'une reconnaissance en pratique avancée des IADE selon la terminologie IADE exerçant en PA a pour finalité de bénéficier des attributs de la PA : prescription...qui devront être précisés en termes d'organisation.

¾ des centres de formation sont en CHU ce qui entraîne une proximité avec l'université.

Ils bénéficient du plus d'antériorité et de caractéristiques idoines

Par conséquent, si les infirmiers anesthésistes sont reconnus en pratique avancée, il faudra définir les modalités et le domaine d'intervention.

Il convient de reconnaître un exercice global des IADE en PA, afin de répondre à des besoins de santé de façon pertinente.

Le référentiel activités/compétences et de formation peuvent bénéficier d'ajustements selon la volonté des IADE car n'entraîne pas de bouleversement ou de doublement de la formation initiale comme les « puer ».

Cela entraînerait la possibilité de transversalité et d'identification d'UE mutualisables entre les quatre parcours maintenus dans les instituts hospitaliers.

Intégration d'enseignants chercheurs, de niveau doctoral et expérimentation de mutualisation d'UE.

« Cette transversalité et l'intégration pédagogique ont pour but de renforcer les parcours recherche et de soutenir les instituts de spécialité dans les UFR santé, avec la création de postes mono-appartenant apparus cette année (professeur ou maître de conférences en sciences infirmières).

Le resserrement du DE IPA discuté avec le MESRI (ministère de l'Enseignement supérieur, de la Recherche et de l'Innovation), afin de régulariser les inégalités de formation sur un versant plus professionnalisant.

En ce qui concerne les DE de spécialité, la réflexion tenue met en avant qu'il semblait nécessaire et opportun de renforcer les trois réseaux d'instituts dans le calendrier précédemment évoqué derrière ces idées de convergence d'UE mutualisables, soit physiques, soient numériques, sous réserve de partager cette proposition à valider dans un projet de texte qui sera soumis aux divers acteurs.

Le représentant du MESRI tient à préciser qu'ils ont connaissance :

- de l'extrême diversité des formations IPA
- qu'il existe deux possibilités de coopération et de mutualisation d'UE suite à l'expérimentation Aix-Marseille qui sert de pilotage.

Il affirme une volonté d'homogénéiser la maquette tout en respectant l'autonomie des universités ce qui nécessite un compromis avec France université.

A été signé entre le premier ministre au nom de l'État et la présidente de région de France université un protocole État-région, sur les formations sanitaires qui rajoute des moyens financiers.

L'assistance proposée à ces groupes de travail met en évidence d'autres sujets prioritaires (décrets actes...). La formation vient ensuite, afin de relever les attendus et de proposer les appareils de formation qui permettront d'y répondre.

Il n'existe pas de volonté de captation des écoles de formation.

Constat identique au ministère de la santé, à savoir que les écoles sont efficaces et que si l'université doit intervenir, ce doit être pour apporter des modifications d'amélioration.

Il faut travailler les champs pour ensuite envisager les adaptations nécessaires afin de proposer une validation par un appareil de formation sur les orientations définies sous arbitrage de la DGOS et la conduite de Mr Debeauvais.

Peu importe la localisation des formations, les universités n'ont ni la capacité, ni l'envie de récupérer les formations.

Il semble possible d'identifier, au terme de 2023, des unités d'enseignement mutualisables comme la recherche, la méthodologie de travail, la santé publique, les langues vivantes qui correspondent à environ 25 % des UE.

Mme Devictor (CNP IPA) :

En ce qui concerne la mutualisation d'UE, cela doit être possible car déjà effectif dans le socle commun IPA. Les spécificités sont ensuite respectées au travers des mentions.

Réaffirmation de la nécessité de réajustement de l'hétérogénéité constatée dans les formations IPA sur le territoire.

Il n'est pas envisagé d'imposer ce schéma aux IADE car les IPA dénoncent ces modalités.

Il faut réfléchir à un modèle cohérent pour tout le monde en ajustant également les problématiques IPA.

La supervision médicale

Notion de responsabilité :

- Compétence 4 : Assurer et analyser la qualité et la sécurité en anesthésie-réanimation.
- Selon les conclusions de l'IGAS, les conséquences juridiques d'un nouveau partage des compétences sont en pratique, limitées : les médecins n'assument aujourd'hui cette responsabilité au profit des paramédicaux, que quand ils interviennent sous leur supervision dans un cadre non-salarié, sans avoir commis de faute personnelle. Quand ils exercent en tant que salariés, hors faute personnelle, la responsabilité est assurée par l'employeur. En cas de faute personnelle ou s'ils interviennent sur prescription ou dans le cadre de leur rôle propre, les paramédicaux assument déjà en propre la responsabilité de leur intervention. On peut cependant noter qu'en dépit des très nombreuses délégations de tâches dont témoignent à la fois les IADE et les MAR, le nombre d'incidents en salle d'opération n'a cessé de diminuer au cours des 20 dernières années et la sécurité anesthésique n'a cessé de s'accroître. Dans les cas où les patients sont conscients d'avoir été pris en charge par un autre professionnel de l'anesthésie, en lieu et place d'un médecin, il n'est pas non plus constaté d'augmentation des plaintes, au regard de la qualité des soins prodigués. En 2020, les 5 210 sociétaires anesthésistes-réanimateurs de la MACSF ont une sinistralité de 2,02

% contre 3,46 % en 2019. La sinistralité est à 11,43 %, contre 17,92 % en 2019, pour les 770 anesthésistes-réanimateurs libéraux. (Rapport annuel MACSF 2020).

Les réticences plus ou moins fondées de certains acteurs (rapport IGAS)

Les principales craintes mentionnées par ces derniers concernent :

- La dégradation de la qualité des soins ou de la sécurité des patients ;
- Les incertitudes en termes de responsabilité juridique que peut entraîner le partage des tâches ;
- Des inquiétudes sur l'aptitude des autres professionnels à respecter leur périmètre de compétence et à assurer un autocontrôle déontologique ;
- Une diminution d'activité qui pourrait, dans un contexte d'élargissement du nombre de médecins formés, mettre en danger, à terme, la viabilité économique de l'exercice médical en libéral.

Au vu des auditions et analyses réalisées par la mission ainsi que des éléments factuels collectés, la plupart de ces craintes apparaissent peu fondées.

- Sur la dégradation de la qualité et la sécurité des soins et l'augmentation des inégalités de santé et la peur d'une médecine à deux vitesses, avec l'évocation récurrente de l'épisode des officiers de santé (voir encadré p.108) :
- Un des facteurs majeurs des inégalités actuelles est le renoncement aux soins. Des démarches visant à enrichir l'offre ne peuvent que contribuer à réduire ces inégalités ;
- Les glissements de tâches plus ou moins légaux existant actuellement n'ont pas pour autant provoqué une augmentation des événements indésirables et n'ont pas empêché l'amélioration de la qualité et la sécurité des soins dans de nombreux champs ;

Les IADE mettent en exergue le décalage entre la réalité et les normes affichées. Ainsi, même quand ils assurent dans les faits, sans présence physique du médecin anesthésiste, la gestion d'un patient en salle d'opération, le rôle des infirmiers anesthésistes n'est, aux dires de ces derniers, quasiment jamais mentionné dans les comptes-rendus post-opératoires, le médecin ou la structure assumant en tout état de cause la responsabilité de l'intervention en cas d'événements indésirables.

On peut cependant noter qu'en dépit des très nombreuses délégations de tâches dont témoignent à la fois les IADE et les MAR, le nombre d'incidents en salle d'opération n'a cessé de diminuer au cours des 20 dernières années et la sécurité anesthésique n'a cessé d'augmenter. Dans les cas où les patients sont conscients d'avoir été pris en charge par un autre professionnel en lieu et place d'un médecin, on n'a pas non plus constaté d'augmentation des plaintes au regard de la qualité des soins prodigués

Les IADE évoquent une "autonomie médicalement supervisée", dans laquelle, même si le médecin est à proximité sur le site, l'IADE n'intervient pas nécessairement en sa présence ni sous sa supervision directe. Au contraire, il peut intervenir seul en salle et prendre un certain

nombre de décisions, y compris d'adaptation quantitative de prescription sans en référer au médecin dans le cadre du respect de la stratégie anesthésique définie par le MAR. La sécurité de cette pratique est admise par les assurances elles-mêmes.

Le rapport au médecin est donc en réalité autant distancié sur le plan clinique pour les IADE que pour les IPA qui s'inscrivent également dans une démarche thérapeutique décidée par le médecin. Seule la cinétique d'action diffère : la situation de risque vital pour le patient exige une proximité physique du médecin plus importante pour les IADE que pour les mentions actuelles d'IPA.

La situation des IADE se rapproche de celle des IPA Urgences et des IPA qui exercent au sein d'une équipe où le médecin est en permanence accessible.

Premier recours et activités de consultation :

- Le répertoire national de la certification professionnelle (RNCP), classe le DEIA au niveau 7 de qualifications (Code NSF 331t : Diagnostic, prescription, application des soins).
- 3.1.1.3 La notion de patient « confié » : une dépendance organisée qui compromet le développement de l'exercice et contrevient au libre choix du patient
- Alors que les IPA estiment qu'ils n'ont pas assez d'autonomie par rapport aux médecins, ceux-ci considèrent qu'ils en auraient trop. Certains représentants des médecins revendiquent que "la prescription est le cœur du métier de médecin et ne peut être déléguée sans protocolisation".
- La notion de "protocole d'organisation" est régulièrement confondue avec celle de protocole de coopération. Les représentants des IPA ont rapporté des demandes de validation des protocoles d'organisation par des tiers (ONI, Ordre des médecins, directions d'établissements, ARS, etc.) ou de proposition de signataires correspondant à la gouvernance interne (cadre de santé, direction des soins, président de CME etc.), alors que le décret en vigueur évoque une signature des médecins qui orientent les patients et de l'IPA.
- Les IPA eux-mêmes perçoivent ce protocole comme une demande d'autorisation d'exercer au médecin ou un "CDD", qui les prive de l'autonomie d'exercice à laquelle ils aspiraient. Les éléments qu'il contient apparaissent cependant utiles. C'est plutôt sa signature préalable à toute délégation de patientèle qui lui confère un caractère bloquant.
- Comme on le voit, le modèle de pratique avancée français dispose d'un cadre législatif et réglementaire qui ne permet pas l'accès direct à la population, la pose d'un diagnostic et la primo- prescription, ce qui limite fortement l'intervention en soins primaires. Le cadre réglementaire est davantage adapté à l'exercice coordonné en établissement de santé ou en convention bien plus large :
- Entorse possible, pour certains motifs de recours et situations cliniques, à la notion de "patient confié", sans que celle-ci ait été supprimée. Cette option modifie la nature de la prise en charge, autorisant l'intervention de l'IPA en première ligne (en amont du médecin) dans le cadre d'un "parcours paramédical", dès lors qu'un

médecin de la structure de médecine d'urgence intervient à un moment de cette prise en charge. Cette modalité s'apparente à une forme d'accès direct supervisé S/CDS, la proximité du médecin rendant son intervention préalable moins contraignante.

Expérimentations en cours :

« Madame Collin précise alors que les professionnels IPA seront présents aux côtés des représentants médicaux, des ordres, des CNP ainsi qu'un représentant des ARS afin de s'assurer d'une compréhension de la mise en œuvre de cette expérimentation. »

Monsieur Debeaupuis précise qu'il s'agit d'un chantier parallèle qui concerne directement les IPA en application de la loi et de la LFSS. Il propose d'informer ce groupe de travail afin d'envisager des perspectives ultérieures, si la pratique avancée aboutit.

Mr Albaladejo demande si cela concerne uniquement la mention pathologie chronique stabilisée.

Madame Collin précise qu'il n'y a rien de défini par la loi.

Le groupe de travail définira les choses puisque l'idée de départ n'est de fermer à aucune mention.

Monsieur Debeaupuis et Madame Collin précisent que cela concerne les cinq mentions et que rien dans la loi ne restreint le champ. »

Le protocole d'organisation tel qu'il a été défini pour les IPA ne paraît pas adapté ou nécessaire, ce qui implique de modifier les décrets d'application au nombre de deux :

- un sur la formation
- un sur l'exercice

Intervention de Mr Porteous (Ufmict-CGT).

Il tient à rassurer les médecins anesthésistes sur le fait que la primo prescription et le premier recours ne correspondent pas à la demande des IADE et ne sont que des thématiques IPA.

Rappel la nécessité de discussions avec les MAR car il n'est pas question de passer en force.

Mr Brault (SOFIA) :

Nécessité de maintenir une vision très ouverte, peu restrictive, concertée, car si la volonté des IADE est d'obtenir une reconnaissance de leur exercice actuel, ce dernier, tout comme les mentalités seront amenés à évoluer vers ces orientations et développements qui doivent demeurer accessibles à la profession.

Mr Debeaupuis réaffirme avoir entendu la nécessité de rassurer les différents acteurs, les objectifs n'étant pas la dégradation des compétences et des formations.

Il réaffirme qu'il n'est pas question de retirer des domaines de compétences.

Il s'agit de proposer des ajustements de compétences, donc de formations en veillant à maintenir la durée de celle-ci.

Personne n'a proposé, ni exprimé, de retirer un domaine de compétences.

Au contraire, un consensus semble être trouvé.

Les MAR se sont exprimés. Les urgentistes qui ne sont pas autour de la table le feront.

Les 4 domaines d'exercices seront maintenus en prenant en compte le degré d'autonomie et de formation déjà souligné.

Binôme MAR/IADE et activités dans le domaine du pré-hospitalier :

- Priorisation de recrutement au sein des SAMU-SMUR.
- Exclusivité d'exercice dans les transports inter-hospitaliers des patients intubés/ventilés, selon le décret en vigueur.
- Référentiel de compétences, UE 4.2: "Anesthésie sous la responsabilité d'un médecin non spécialiste en anesthésie dans le cadre pré-hospitalier"

Le bureau de la SOFIA

- BASSEZ Arnaud : président
- PAYET Annabelle : vice-présidente
- BRAULT Damien : secrétaire
- CLAIRET Rémi : secrétaire adjoint
- PHILIBIEN Bruno : trésorier