Réunion de concertation IADE en pratique avancée

du 16 mars 2022

Sous la direction de Mr Jean Debeaupuis, l'ordre du jour du second groupe de travail est le suivant.

- Point 1 : point de situation des quatre groupes de travail et chantier parallèle.
- Point 2 : Référentiel activité compétences des infirmiers anesthésistes
- Point 3 : trois référentiels de formation des infirmiers anesthésistes.
- Point 4 : enjeux d'une reconnaissance en pratique avancée pour les infirmiers anesthésistes.

Étaient présents l'ensemble des acteurs du groupe de travail numéro un, complété par la présence du CNP IPA, de la SOFRIPA (Société française de recherche des infirmiers en pratique avancée), de l'ANFIPA. (Association Nationale Française des infirmier.e.s en Pratique Avancée)

Début de la séance par le point de situation des quatre groupes de travail et chantiers parallèles.

Madame Collin est chargée de faire le point d'avancée sur le groupe de travail IPA (Caroline Collin Adjointe au chef de bureau à la Direction générale de l'offre de soins, Ministère des solidarités et de la santé)

En ce qui concerne l'expérimentation de la primo prescription, une réunion préparatoire avec la CNAM (Caisse nationale de l'assurance maladie) s'est déroulée vendredi dernier.

Cette réunion avait pour but de discuter du champ en termes de produits, de territoire ainsi que des modalités de mise en œuvre de cette expérimentation.

Lors de cette réunion les grands axes seront fixés avant que deux autres réunions en présence de la CNAM et de la DSS (direction de la sécurité sociale) permettent de finaliser les travaux et régler les questions de remboursement et de facturation de ces actes.

Cette mesure étant expérimentale, elle ne peut être associée aux négociations conventionnelles.

Par la suite ce décret sera passé devant les consultations obligatoires qui sont notamment le HCPP (Haut conseil des professions paramédicales) et l'UNCAM (Union nationale des caisses d'assurance maladie).

Puis publication rapide pour une mise en œuvre en septembre.

Monsieur Debeaupuis précise que ces expérimentations se déroulent sur trois ans et dans trois régions.

La parole est donnée à Madame Catherine Naviaux-Bellec (Conseillère pédagogique nationale. Ministère de la Santé) afin de faire un point sur la réingénierie ainsi que sur les actes exclusifs des IBODE.

Intervention de Monsieur Albaladejo (CNP ARMPO) afin de demander si les professionnels seront invités dans ces discussions.

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.

La parole est donnée à la DGOS afin d'évoquer le dossier IBODE.

La DGOS a continué à travailler à partir des contributions sur un arrêté de formation. Ce projet texte devrait être transmis très rapidement au ministère de l'enseignement et de la recherche.

Après concertation, ce projet de texte sera transféré aux instances.

En ce concerne les actes exclusifs, le conseil d'État a pris une décision fin 2021 afin de donner quatre mois afin d'acter un nouveau dispositif d'ici fin Avril.

Il permettrait d'étendre les trois actes exclusifs tout en assurant la sécurité des soins et des personnels concernés.

Tout cela est au stade de projet de texte.

Société Française des Infirmier(e)s Anesthésistes

Il est nécessaire de lancer des consultations auprès de l'académie de médecine et le HCPP, pour l'instance de mai afin que les instituts de formation aient le référentiel de formation pour la rentrée de septembre 2022 selon l'objectif du Ministère de la santé et des solidarités.

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 qui peuvent :

-soit relever de l'accès direct pour les IPA urgence dans les cas peu graves et peu complexes,

-soit de la prescription d'actes et produits à prescription médicale obligatoire, le tout dans un protocole d'organisation avec le médecin traitant.

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

Ils bénéficient du plus d'antériorité et de caractéristiques idoines.

En matière de rémunération toutes les grilles de niveau Master sont identiques.

Les corps se dénomment AMPA pour les IPA et IADE pour les IADE.

ISG pour les IDE et infirmiers spécialisés pour les IBODE et Puer.

Seul l'indemnitaire est spécifique avec effectivité en avril 2022 de la prime de 180 € pour les IPA, la même que les infirmiers anesthésiste et 13 points de NBI pour les IBODE.

Les infirmiers puer ne bénéficient pas d'indemnitaire spécifique au-delà du socle général.

Sofia
Société Française des
Infirmier(e)s Anesthésistes

Les bases de discussion partagées avec les quatre groupes.

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.

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.

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.

Les propositions de concertation, sans arbitrage à ce jour, viseraient, 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.

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

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

Rappel sur les expérimentations faites à Marseille.

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).

La loi de 2016 sur la pratique avancée est bloquante sur au moins deux points identifiés :

-pour les puéricultrices : les secteurs pmi, aide sociale à l’enfance et accueil de la petite enfance ne rentrent pas dans les secteurs éligibles pour la pratique avancée qui sont établissements de santé, médico-social et secteur ambulatoire.

-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.

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

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.

Et probablement les arrêtés en fonction des discussions en cours, sur les référentiels activité et compétences.

Cela induit un calendrier de mise en œuvre long, pour des évolutions législatives qui devraient prendre du temps, sans omettre les délais de mise en œuvre.

En ce qui concerne la reconnaissance en pratique avancée, la DGOS et Mr Debeaupuis ont relevé que la maturité et l’approche “pouvaient, devaient” être différenciées entre les trois spécialités du fait de leur historique.

Sofia
Société Française des Infirmier(e)s Anesthésistes

Les infirmiers anesthésistes ont une formation réingénierisée depuis 10 ans avec un haut niveau de responsabilité et d'autonomie au bloc opératoire.

Ils sont donc les mieux placés dans ces démarches et ces réflexions, mais la discussion est loin d'être aboutie.

Pour les IBODE, la situation est inverse, la discussion porte sur les actes exclusifs et la réingénierie, un semestre supplémentaire qui devrait intervenir dès la rentrée de septembre 2022. Il n'y a pas de modification de l'autonomie et donc le sujet de reconnaissance en pratique avancée n'est pas envisageable rapidement.

Les puéricultrices sont dans une situation intermédiaire.

Au titre de leur exercice partiellement libéral et partiellement de premier recours, de leur niveau de responsabilité concédé par les médecins pédiatres, les démarches de reconnaissance en pratique avancée semblent recevables.

Leur ingénierie nécessite de doubler le temps de formation et n'est envisagée que pour 2023.

Au-delà des réflexions générales, les discussions se déroulent jusqu'à la rentrée 2022.

En ce qui concerne les IPA avec mention.

Les questions prioritaires seront évoquées le lendemain de cette réunion.

Elles portent :

- sur l'accès direct

- l'expérimentation sur la primo prescription

- le modèle économique et la négociation de convention infirmière avenant numéro 9.

- 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.

Sofia
Société Française des
Infirmier(e)s Anesthésistes

Sur le volet formation abordé dans les quatre groupes, le référentiel tel que décrit dans le DE IPA identifie environ 30 % d'UE mutualisables avec d'autres formations ce qui est déjà testé à l'université de Marseille.

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.

Les IBODE ont déjà identifié ces UE.

Mr Debeaupuis rappelle qu'il ne donne que des orientations avec la DGOS, que les expertises juridiques sont compliquées et ne sont pas achevées par le ministère mais en cours.

Nous sommes dans une situation préalable à des arbitrages politiques qui ne sont pas rendus. En mai, ils le seront par le prochain gouvernement en fonction des vecteurs juridiques et des consultations.

Les aspects opérationnels dans les instituts sont importants car concernent de nombreux étudiants selon le calendrier évoqué (2022 à 2024)

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.

Monsieur Debeaupuis fait un point d'information :

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.

Un point y évoque l'intégration universitaire des formations.

L'Innovation pédagogique fait partie de ce protocole.

Le comité de suivi sera assuré par Monsieur Stéphane Le Bouler, secrétaire général du Hcéres (Haut Conseil de l'évaluation de la recherche et de l'enseignement supérieur).

L'arrêté IPA urgence est également sorti au JO.

Mr Sébastien Chapdaniel, pour la SOFRIPA, rappelle que l'arrêté ne devait pas concerner uniquement l'IPA urgence mais toutes les mentions. Il rappelle qu'il existait un consensus entre médecins et IPA qui concernait notamment le renouvellement des bons de transport, des actes de rééducation, des arrêts maladie, des déclarations de travail, qui selon l'arbitrage du ministre de tutelle ne seront attribués qu'à la mention urgence.

Il ne correspond donc pas aux attentes initiales et à l'exercice existant, ce qui a pour répercussion de maintenir un exercice illégal de certains IPA.

La discussion est remise au lendemain dans le groupe IPA.

Intervention de Mr Porteous (Ufmict-CGT).

Sofia
Infirmier(e)s Anesthésistes

Remerciements pour l'évocation de ce point, ces thématiques pourraient cependant selon lui être remises au lendemain dans le « groupe ad hoc ».

Monsieur Porteous rappelle qu'il existe un CNP IPA ainsi qu'un CNP IADE.

Qu'il est possible d'élargir la discussion mais cela semble prématuré.

L'introductif lui semble très complet mais il demande à revenir à l'essentiel de ce sujet qui est finalement la décision politique prise par Monsieur Véran d'aller vers une reconnaissance sur laquelle tout le monde s'accorde, même s'il existe quelques réticences, à savoir que les IADE sont dans un exercice en pratique avancée paramédicale, tel que reconnu à l'international.

Il rappelle que les orientations proposées sur la formation demeurent indicatives et ne correspondent ni à la demande de la profession ni à l'intervention du ministre de tutelle.

Il convient selon lui de rappeler, que le changement de diplomation n'est, à ce jour, pas arbitré.

Il convient selon lui de rassurer les médecins anesthésistes ce qui ne semble pas le cas en évoquant la mention anesthésie dont il n'est nullement question, point partagé avec les MAR.

Il conviendrait de déterminer avec eux les notions de formation initiale.

Pour lui, peu importe la provenance du diplôme, qu'il soit d'école ou d'université le DE IADE, de niveau Master correspond un exercice de pratique avancée.

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.

La notion de corps sera à régler le lendemain, pour le groupe de discussion IPA.

L'exercice IADE actuel peut donc être reconnu dans un exercice de pratique avancée en l'état.

Il rappelle que les situations entre spécialités sont très hétéroclites, avec d'un côté le nouveau corps des infirmiers de pratiques avancées, des puéricultrices avec très certainement un exercice de pratique avancée mais qui n'ont pas le niveau.

Société Française des Infirmier(e)s Anesthésistes

Il convient donc de discuter de réingénierie.

La diplomation est un autre sujet en ce qui concerne les IBODE et il regrette que celle qui a été faite leur permette d'avoir le niveau de qualification.

Il réaffirme que le transfert des actes ne relève pas de la pratique avancée.

Il ne fait, selon lui, qu'inquiéter les MAR.

La seule profession en dehors des IPA bénéficiant d'un exercice de pratique avancée, n'est autre que la profession IADE.

Il est donc nécessaire de travailler sur ce sujet avant d'envisager un changement de diplomation qui semble aujourd'hui le point central.

Il lui semble que les expérimentations en cours sont inquiétantes.

Selon les informations qu'il souhaite recueillir, ces expérimentations induiraient une dégradation de la maquette et une réduction de volume.

Il questionne les modalités de sélection faites dans les instituts de formation, leur gestion et leur financement.

Selon lui, le seul questionnement auquel il faudrait répondre est : « comment reconnaître l'exercice des infirmiers anesthésistes en pratique avancée ».

Il indique que la reconnaissance, telle qu'envisagée par ce groupe, exclut le « stock » ce qui serait inadmissible.

Selon lui, les IADE sont extrêmement autonomes, même si cela semble diminuer avec le temps.

Le niveau bac+5 est en vigueur depuis 1973, il n'est donc pas envisageable d'appréhender ce questionnement dans un second temps.

Monsieur Debeaupuis rappelle que ce sont sur ces bases des orientations définies et exprimées par le ministre, à savoir clarifier, préciser et expertiser que découlent ces orientations.

Cela ne correspond cependant pas aux orientations proposées entre 2016 et 2021 de la PA.

Ces propos font cependant la transition avec le point 2 sur les référentiels d'activité et de compétences.

Mr Taland (SNIA) prend la parole pour évoquer l'expérimentation d'Aix-Marseille afin de signifier qu'il n'existe pas encore de restitution et d'évaluation à 5 mois.

Il revendique l'organisation de la maquette IADE qui selon lui est fonctionnelle.

La mutualisation est possible y compris avec les internes d'anesthésie, ce à quoi Mr Debeaupuis acquiesce.

Il signifie être opposé au tronc commun.

Sofia
Société Française des
Infirmier(e)s Anesthésistes

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

Point 2 : référentiels activité et compétences des IADE dans la perspective évoquée.

Le référentiel d'activité et de compétences bénéficie d'une antériorité dans le respect des décrets sur la sécurité anesthésique.

Tout ce qui touche l'organisation actuelle de l'acte anesthésique, acte médical et de l'intervention des infirmiers est dans le périmètre actuel de l'exercice et de la formation.

Pourtant, chacun a pu exprimer des aspirations, des besoins de santé pas forcément couverts actuellement ou non recensés dans l'exercice d'infirmier anesthésiste.

On peut citer :

- les soins péri-opératoires dans lesquels l'infirmier anesthésiste pourrait avoir un rôle plus autonome, accompagnant le parcours patient dans le cadre d'organisations convenues.

- Le second s'attache à la gestion de la douleur qui fait partie du référentiel de formation pour 2 ECTS répertoriés

  Notion de référent douleur qui ne concerne pas que les infirmiers anesthésistes dans les structures d'évaluation et de traitement de la douleur. La formation est plutôt orientée vers un diplôme universitaire

- Le parcours patient avec la sortie d'une unité d'anesthésie ambulatoire avec la réhabilitation après chirurgie

- Domaine du pré hospitalier qui intègre les transferts inter-hospitaliers. Ce domaine concerne également les médecins urgentistes avec qui, on pourrait élargir la concertation.

La parole est donnée à Mr Paysant (SNIA) :

Les actions sur le péri-opératoire sont vues comme une évidence (« coaching patient », tout ce qui relève des sciences infirmières développé en autonomie…)

Il évoque un consensus avec les médecins.

Possibilité de créer « une référence » dans le domaine de la douleur.

En ce qui concerne la mutualisation, il faut renforcer la partie douleur.

Le problème du référentiel d'activité tient au fait qu'il n'est pas assez explicite sur un certain nombre de sujets. Nous disposons d'un décret de type mission et non d'actes. Il semble nécessaire de clarifier les missions à partir de ce référentiel d'activité.

Idem sur la partie pré-hospitalière et TIIH. Il conviendrait d'en discuter avec les médecins urgentistes.

La liste des actes du décret IPA urgence semble surprenante.

Pour les IADE, possibilité d'un exercice autonome de « levée le doute » en sortie primaire.

Gestion des abords vasculaires, de leur suivi et de la formation.

Des documents ont été adressés à Monsieur Debeaupuis.

Mr Porteous :

Sofia
Société Française des
Infirmier(e)s Anesthésistes

En accord avec les propos tenus précédemment.

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

Des consensus lui semblent possibles. Ils donneraient encore plus de justification à cette reconnaissance souhaitée par le ministre de la reconnaissance des IADE dans un exercice de pratique avancée.

Rappel des décisions actées par le ministre : la reconnaissance dans les différents champs d'exercice, notamment dans le champ du pré-hospitalier.

Il « pense plus aux soins critiques ».

A travailler avec les médecins ad hoc.

Évolution remarquée du regard des MAR sur ce point. Ils semblaient jusqu'alors restreindre l'exercice IADE dans leur propre champ d'exercice, à savoir l'anesthésie, là où les IADE demeurent attachés à leur polyvalence.

Trop sectoriser induit des problématiques : ex des puéricultrices qui bénéficient d'un fort soutien des pédiatres, avec l'inclusion des soins critiques et de fait du domaine des urgences.

Ainsi en SMUR pédiatrique, répartition homogène entre puer et IADE.

Implique une discussion afin d'intégrer que : « les IADE ne font pas que de l'anesthésie ».

Mr Taland :

Volonté de la profession, aujourd'hui concurrencée dans le domaine du pré-hospitalier, de bénéficier des mêmes prérogatives que les IPA urgence.

Sofia
Société Française des
Infirmier(e)s Anesthésistes

Mr Dauga (collectif IADE Aquitaine):

Inquiétude sur la sectorisation des domaines de compétences, risque de dilution des expertises et de la réactivité en regard lors de situations de crise.

Maintien d'une durée de 24 mois.

La mutualisation induirait également une dilution, entraînant une diminution de la qualité et de la sécurité des soins.

Mr Debeaupuis intervient pour expliciter qu'il ne s'agit pas du sujet activité et compétences.

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.

S'il était nécessaire de renforcer des UE, telles que la douleur, le péri-opératoire, il faudra évaluer s'il est possible d'en retirer d'autres tout en respectant le ratio de 120 crédits.

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.

Mr Brault (SOFIA) :

Rejoint ses collègues sur la nécessité d’une concertation avec les MAR.

Il faut cependant maintenir un regard plus large.

Les MAR s’étant désinvestis du domaine des urgences, avaient évoqué ne plus se sentir légitime.

Un certain nombre de développements vont avoir cours dans ce domaine, telle que la primo-prescription.

Il faudrait que les IADE y aient accès.

Dans le domaine des accès vasculaires, peut-être à la marge du fait du nombre d’intervenants, la prescription et la consultation font partie de l’exercice quotidien.

Ces prérogatives sont inscrites dans le domaine de la recherche et seront prochainement présentées au GIRCI (groupement interrégional pour la recherche clinique et l'innovation).

Une expérimentation de mutualisation d’UE, présentée aux JFRS (Journée Francophone de Recherche en Soins) bénéficie d’un retour d’expérience. Elle est consultable et pourrait servir de piste réflexive.

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.

La parole est donnée aux MAR par Mr Debeaupuis.

Mr Albaladejo :

Il propose un point méthodologique.

Demande de la transparence sur les documents afin de travailler à partir d’écrits.

Il est pour l’instant possible de partager ses opinions.

Il salue les propos de Mr Paysant et Mr Porteous sur la nécessité d’un consensus.

Sofia Société Française des Infirmiers Anesthésistes

Il est temps selon lui de travailler sur pièces.

En matière de transparence, il indique être interpelé par l'université qui a une approche intégrative de la profession IADE.

Il aimerait être renseigné sur les initiatives prises par le MESRI concernant les référentiels de compétences et de formation.

Certaines universités demandent le concours de PUPH d'anesthésie-réanimation qui ne sont pas des directeurs scientifiques.

Selon lui, les aménagements en matière de formation sont à la marge et sont sur une volonté d'élargissement.

Sur le sujet de la primo-prescription le CNP ARMPO adopte un positionnement très opposé à un élargissement possible dans le cadre du péri-opératoire.

Pour le MESRI :

Pas d'exigence.

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 efficientes et que si l'université doit intervenir, ce doit être pour apporter des modifications d'amélioration.

Ainsi, cela rejoint le discours de Mr Albaladejo, en proposant des ajustements sans remettre en cause le décret sur la sécurité anesthésique.

Société Française des Infirmier(e)s Anesthésistes

Mr Albaladejo :

Il faut donc d'abord travailler les champs.

MESRI :

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 Debeaupuis.

A l'intention de Mr Albaladejo et Mr Dauga : le MESRI n'est pas en première ligne

Mr Taland

Rappel de travaux lors des réingénieries précédentes sans effectivité du MESRI qui a porté les conclusions invitant à « revoir la copie ».

Il exprime être rassuré de cette présence et de la possibilité de travailler ensemble.

MESRI :

Tous les textes d'adaptation à venir sont communs.

Pas d'exigence de bouleversement.

Mr Debeaupuis à Mr Albaladéjo :

Pas d'agenda, de textes ou de projets d'arrêtés cachés.

Le positionnement des universités dépend des responsables.

Celui du MESRI est partagé en séance.

France université a exprimé des insatisfactions sur l'universitarisation.

Des solutions pragmatiques sont proposées en alternative à la formation universitaire des IPA.

Questions posées à l'intention de Mr Albaladejo:

- le référentiel formation/compétences doit-il être discuté ou complété ?

- quel positionnement sur le domaine de la douleur et les autres champs évoqués ?

Mr Albaladejo :

Discussion à l'été dernier avec Mr Paysant.

Devraient être élargies avec le CEEIADE et le CEDSIA. (Directeurs scientifiques)

En dehors de la douleur, pas de modification substantielle.

Mr Decock (CNPIA) :

Les propositions sont connues des deux partis, il convient de les formaliser.

La participation des directeurs scientifiques et du CEEIADE a toute son importance : impacts sur la convention et sur les champs d'activité.

Mme Rouby (CEEIADE) :

Indique sa participation à ces discussions avec le CNP ARMPO et le SNIA.

Sofia
Société Française des Infirmier(e)s Anesthésistes

Mr Taland :

Rappel du référentiel d'activités :

- accueil et information du patient
- entretien avec le patient
- mise en œuvre de techniques de relaxation, douleur…
- suivi post-op et gestion de la douleur (activité à renforcer)

En ce qui concerne les accès vasculaires, rappel de l'enseignement de l'échographie.

Manque l'enseignement clinique possible en stages.

Autorisation d'exercice sous supervision médicale dans le cadre d'une procédure anesthésique et développement d'une filière hors procédure anesthésique.

Rappel de la recommandation 7 du rapport IGAS adressé à Mr Debeaupuis.

Mr Debeaupuis :

Ces notions semblent être trop bornées dans le temps et le péri-opératoire semble recouvrir des notions plus larges.

Des renforcements doivent être opérés.

En ce qui concerne les abords vasculaires, la formation associée semble assez lourde.

Il convient de concerter sur la possibilité d'intégration à la maquette de formation initiale.

Le DU douleur nécessite également un investissement au-delà de la maquette.

Mr Taland :

Le DU douleur est concomitant au cursus initial dans certaines universités.

Mme Rouby :

Choix porté par les écoles au-delà de la formation, environ 1/3 des écoles.

Deux évaluations distinguent ce double apprentissage.

Partage des intervenants pour ce double cursus.

Sofia
Société Française des
Infirmier(e)s Anesthésistes

Mr Debeaupuis :

Cela rejoint la notion d'expérimentation de double cursus proposée par l'université Aix-Marseille.

La maquette nationale peut être renforcée.

Le DU douleur peut, soit devenir une démarche personnelle, soit permettre d'exercer les fonctions de référent douleur directement après validation du double cursus.

Questionnement sur la création et les modalités d'un IPA douleur dans la mention IPA PCS (Pathologies chroniques stabilisées).

Nécessité d'un DU douleur ou de la mention PCS ?

Un IADE formé avec un DU douleur reconnu en PA serait mieux placé pour aller chercher ces formations complémentaires

Mme Collin :

Pas de développement d'un IPA douleur envisagé.

Pas de nouvelle sectorisation.

Pas d'intégration de cette expertise dans la mention IPA PCS.

Mme Devictor (CNP IPA) :

En accord sur le développement des champs des IADE.

Le CNP IPA est opposé à une mention IPA douleur afin de permettre de décloisonner les parcours de santé vers un parcours de prise en charge global du patient.

Le CNP IA est défavorable à l'intégration de ces prérogatives dans la mention PCS et rejoint le concept de prise en charge des IADE.

Elle interroge cependant la volonté de disposer des outils de formation qui permettent ces prises en charge dans l'ensemble des champs précédemment exposés.

Ces outils comme la prescription faisant partie de l'exercice IPA, Mme Devictor indique ne pas comprendre pourquoi les IADE ne veulent pas d'une mention IPA.

Elle relève que le statu quo, jadis évoqué, semble avoir fait place à des ajustements dans lesquels les IADE pourraient gagner en autonomie au travers de compétences et de missions élargies correspondant aux attentes du 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.

Sofia
Société Française des Infirmiers Anesthésistes

Mr Debeaupuis :

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

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 ».

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

Mme Devictor :

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.

Les lieux de formation, école ou université apparaissent simplement relever de la logistique.

Incompréhension de sa part, du rejet du modèle IPA.

Sofia
Société Française des
Infirmier(e)s Anesthésistes

Mr Debeaupuis :

Les spécialités ont une antériorité conséquente vis-à-vis de celle des IPA.

Les critiques concernant le modèle IPA seront discutées le lendemain dans le groupe de travail IPA.

Finalement, si les contenus de formation évoluent des deux côtés, les points de vue vont se rapprocher.

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

Il est nécessaire de travailler sur la pédagogie et le contenu des formations afin d'évaluer ce qui est mutualisable.

Il s'agit de trouver un compromis correspondant aux orientations proposées par le ministre.

Il n'est pas question de tout renvoyer à l'université vers une mention IPA.

Mr Porteous demande à ce que soit respecté les temps de parole. (Demande en attente de Mr Porteous, Mr Brault, Mr Taland et Mr Chapdaniel).

Retrait de la demande de Mr Brault

Mr Porteous :

Nous ne sortons pas de cette notion de formation alors que le travail devait porter sur les pratiques.

Il ne s'agit pas d'un élargissement mais de la reconnaissance de certaines pratiques.

On semble découvrir que les IADE sont des référents douleurs, font des visites pour ne pas utiliser le terme de consultation et qu'ils ont de tout temps participé aux accès vasculaires.

Nous payons un référentiel particulier puisqu'il ne s'agit pas d'une liste d'actes restrictive par dérogation mais de missions.

De fait, l'activité des IADE est incomprise.

Les IADE ont la possibilité, en péri-opératoire de « tout faire », avec certaines limitations, dès lors que le médecin est d'accord et peut intervenir à tout moment.

Il s'agit de la définition de l'autonomie et non de l'indépendance.

Exprime sa surprise des discussions tenues au décours de l'été.

Il évoque l'obtention, en 2017, d'un texte complet, évolutif.

Cela tient au fait d'avoir placé les médecins au sein des discussions avec l'ensemble de la représentation.

Mr Ecoffey a ainsi mis un terme à l'hypocrisie de la participation des IADE à l'anesthésie en introduisant la notion de pratique.

Sofia
Société Française des Infirmier(e)s Anesthésistes

Il précise que les IADE ne pratiquent jamais d'eux même, mais toujours sous supervision médicale ce qui est la définition d'autonomie.

Dans le domaine du péri-opératoire, le sujet n'est pas de faire évoluer les choses mais de reconnaître ce qui se fait déjà.

Ce qui lui importe est la reconnaissance de la pratique avancée des IADE.

Selon lui, le système de pratique avancée actuel ne marche pas et les IADE n'en veulent pas.

Les IADE exercent en pratique avancée depuis 70 ans en parfaite entente avec les MAR, il n'est donc pas question de remettre cela en cause.

Nous disposons de champs de compétences qui ont été un peu abandonnés par les MAR du fait des réorganisations des spécialités médicales. Les IADE ne renoncent cependant pas à ces exercices.

Il faut donc travailler sur des documents afin d'être dans le concret et cesser de discuter une mention IPA.

Travaillons sur l'exercice afin de faire évoluer la formation.

Le sujet n'est pas de revenir sur la diplomation.

Il s'agit de définir : qui recrute ? qui enseigne ? qui définit les programmes ?

Nous sommes ouverts à renforcer les échanges avec l'université sur un mode associatif.

Travaillons sur les pratiques comme en 2014 car cela s'est avéré efficace, même si mal compris par nombre d'acteurs paramédicaux, dont certains IADE restés bloqués sur les textes de 2010 et bridés par de nombreuses recommandations médicales.

Nous garantissons que nous ne ferons pas d'anesthésie sans MAR avec les gastro-entérologues ou les urgentistes.

Mr Chapdaniel :

Réaffirme avoir toujours soutenu la PA IADE qui s'inscrit dans leur pratique et dans l'avenir du système de santé.

Bémol cependant sur la véritable connaissance de l'exercice en PA qui est, à ce jour, un modèle hybride clinicien et praticien.

Constat partagé avec certaines entités IADE.

Ce modèle permet la diversité des domaines d'interventions.

Le modèle IPA doit être revu.

La première année commune est remise en question pour évoluer vers un seul semestre afin de s'attacher à compléter les enseignements de la mention.

Il faut mettre de la lisibilité dans la diversité des formations et uniformiser vers deux statuts :

- l'un en soins généraux
- le second en AMPA.

Il fait remarquer qu'il n'existe pas de cotation de l'exercice libéral et de l'activité des IADE.

Il faut faire évoluer le modèle de la PA afin de permettre un exercice commun.

Mr Debeaupuis :

Synthèse de ce point.

Discussion de principe, exploratoire, dans le cadre d'une reconnaissance globale d'exercice en pratique avancée pour les infirmiers anesthésiste qui justifie par leur haut niveau de formation et leur autonomie d'exercice actuelle, des évolutions du référentiel activité/compétences.

Sofia
Société Française des
Infirmier(e)s Anesthésistes

Ces évolutions paraissent consensuelles et atteignables entre les MAR et les IADE sur tout ce qui relève du soin péri-opératoire et de la réhabilitation après chirurgie.

Éventuellement renforcement de la douleur sans forcément y intégrer le DU douleur, ainsi que dans le domaine du pré-hospitalier qui est à discuter avec les urgentistes.

Si ajustement il faut revoir les référentiels avec les deux ministères.

Ceci renforce la cohérence d'une reconnaissance globale, encore indéterminée, des exercices des infirmiers anesthésistes.

Cela ne préjuge pas des évolutions qui paraîtraient nécessaires ou des explications qui apparaîtraient répondre à des besoins de santé et d'organisations.

L'exercice de lecture ou de correspondance et d'identification, qui consiste à prendre les référentiels actuels et leur décomposition en crédit européen d'enseignements, peuvent être faits dans les quatre filières (spécialités et IPA dans lequel cela est déjà identifié et explicitement prévu) sans tout mélanger avec tout ce qui est spécifique (clinique, mémoire…).

Sans que cela soit modélisant, cet exercice est proposé à Marseille et effectif pour les IBODE.

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.

Il faut également évaluer la volonté locale, la faisabilité géographique ou la mise à disposition d'outils afin d'envisager la mutualisation en veillant à synchroniser une centaine d'écoles une trentaine d'universités dans leurs exercices.

Si les référentiels d'activité et de compétences évoluent sur les soins péri-opératoires, la douleur et éventuellement le pré-hospitalier, il faudra en tirer les conséquences sur le référentiel de formation, plutôt sur un mode d'ajustement pour les infirmiers anesthésistes. Après, laisser le groupe de travail y réfléchir et les directions compétentes ajusteront le calendrier.

Société Française des Infirmier(e)s Anesthésistes

L'enrichissement des compétences peut être fait sur une approche globale des trois spécialités.

Mme Videloup (ANFIPA) :

Reconnaissance demandée par les IADE nécessaire et la légitimité indiscutable.

Les IPA en France ont beaucoup de difficulté à s'implanter et les problématiques sont connues de tous.

En France même si ces pratiques sont récentes la PA existe depuis 60 ans ;

Il faut prendre en compte cet historique afin de construire ensemble quelque chose de cohérent sans complexifier le système actuel et les parcours patients.

Mr Debeaupuis indique que cela ne correspond pas à ce qui a été proposé.

MESRI :

Se place en tant qu'observateur pour qu'une fois les frontières déterminées, il puisse adapter l'appareil de formation qui répondent aux attendus de compétences des professionnels de manière pragmatique

Mr Decock :

Propose de donner la parole à Mr Debout qui intervient dans les formations IADE et IPA et bénéficie donc de retours d'expériences.

Mr Debout :

Présentation : responsable pédagogique d'une école IADE, coordonne DE IPA dans une université (UE sciences infirmières, PA et recherche) et fait partie de la commission formation du réseau International pratique avancée.

D'un point de vue historique, le concept de pratique avancée regroupe différentes catégories de professionnels telles que les infirmières cliniciennes spécialisées, les praticiennes et les infirmières anesthésistes qui se partagent un dénominateur commun en ayant également des spécificités qu'il faut reconnaître.

Historiquement, l'infirmier anesthésiste, notamment aux États-Unis, a été le premier à apparaître.

Cela a permis de délimiter les différents champs et de mettre en évidence ce qui est commun et ce qui est différencié au niveau des recommandations internationales qui ont été actualisées et publiées en 2020 pour les infirmières cliniciennes et praticiennes, ainsi qu'en 2021 pour les infirmiers anesthésistes sous l'égide du conseil internationale des infirmières.

Le titre d'infirmier anesthésiste existe et est maintenu à l'international, aux côtés des infirmières praticiennes et cliniciennes spécialisées qui sont apparus en France de manière un peu plus récente.

Le diplôme IADE a inauguré le grade Master et on relève des correspondances avec le programme IPA.

Il existe un certain nombre de dénominateurs communs et des spécificités qu'il semble intéressant de conserver.

Il existe des expérimentations de terrain pour ce qui concerne les UE recherche avec une grande proximité qui s'avère concluante.

Il faut rester dans cette dynamique afin de construire ce projet.

Synthèse de Mr Debeaupuis :

Selon votre expérience internationale, dans le respect de deux identités professionnelles, il demeure possible d'avoir des choses en commun et des spécificités.

Des ajustements sont possibles ou même souhaitables sur certaines activités des infirmiers anesthésistes dans la cohérence et dans la perspective d'une reconnaissance globale en pratique avancée.

Mr Debout :

Tout à fait.

Selon certains mots clefs, on appartient à la profession infirmière (métier socle).

On est en PA, donc nous partageons un certain nombre de caractéristiques communes en autonomie sans omettre les spécificités liées à notre exercice et à nos environnements de pratique.

L'exclusivité de fonction différencie les deux publics IADE et IPA et est observable en première année.

Ainsi l'activité au bloc opératoire pour les IADE est nouvelle ce qui n'est pas le cas pour les IPA, qui, pour la plupart d'entre eux, arrivent avec un au niveau d'expertise dans leur domaine d'intervention. Ils viennent poursuivre leur progression en changeant leur domaine de responsabilité.

Mr Debeaupuis :

Il semble intéressant que vous puissiez transmettre les éléments d'UE mutualisables sur lesquels vous avez travaillé.

Fin de la séance après rappel des intentions décrites

Mr Albaladejo redemande une feuille de route et exprime que l'accompagnement viendrait de leur part.

Intervention de Mr Taland afin de faire part de son inquiétude d'un rapprochement vers l'adaptation des modalités de réingénierie IBODE qui n'a ajouté aucun élément clinique malgré une augmentation de leur durée de formation.

Réassurance de Mr Debeaupuis sur la considération de l'identité et des spécificités de chacun.

Il ne plaide pas pour le statu quo ce qui peut induire des évolutions en considérant les échanges en cours

§§§

Damien BRAULT
Secrétaire général de la SOFIA

Relecture
Le bureau de la SOFIA

Sofia
Société Française des
Infirmier(e)s Anesthésistes