

Réunion de travail

Identification de pratiques avancées pour le métier d'Infirmier Anesthésiste

Compte-rendu de la réunion du 1^{er} mars 2010

Participants :

❖ Animation :

DHOS :

▶ M. BOUDET, chef de bureau RH2 : Exercice, déontologie et développement professionnel continu des professionnels de santé

▶ Mme MERLE, RH2

▶ Mme MONNIER, RH2

▶ Mme PEREZ, RH2

▶ Mme VASSAUX, RH2

CG Conseil :

▶ Mme GAY

❖ Membres présents :

Pascal BAGUENARD, SNIA / CLCC

Dr Jean Etienne BAZIN, SFAR

Isabelle BERNARD, CGT

Danie BOUDIGUET, CEEIADE

Françoise CHASSAGNOL, FO

Josette CRISTIN-KIEKEN, CEEIADE

Brigitte CROUZIL, UNAIBODE

Dr Jean Marc DUMEIX, CFAR

Thierry FAUCON, FEHAP

Romuald FOLTZ, CFTD (IADE)

Dr Jacques FUSCIARDI, CFAR

Dr. Daniele GOUARD, SMARNU

Geneviève GOURNAY, CFTC

Monique GUINOT, Ecole IADE AP-HP

Franck LAUDOUAR, CNI (IADE)

Chantal LEVASSEUR, AEEIBO

Pr. Claude MARTIN, SFAR

Dr Bertrand MAS, SNPHAR

Daniel MEURILLON, FNLCC

Valérie REININGER, AIAHUS (IADE)

Françoise RIBEIRO, CFTD (IADE)

Pascal ROD, ESNO / IFNA

Marie-Ange SAGET, SNIA

Dr Richard TORRIELLI, SNPHAR

❖ Membres excusés :

Marie-Hélène FEUILLIN, FFASS - CFECGC

Bruno FRANCESCHI, Fédération Santé CGT

Philippe LAMARCHE, Fédération CGT

Dr Michel LEVY, SNARF

Christine LOZACH, CFDT

Dr Pierre PERUCHO, CFAR

1 – Introduction

M. BOUDET accueille et remercie les participants.

Le débat porte tout d'abord sur les objectifs des travaux du groupe. Les participants soulignent leurs interrogations, d'une part par rapport aux pratiques actuelles des IADE qu'ils considèrent comme « avancées » et, d'autre part, sur la définition des pratiques avancées et l'objet des travaux.

Les représentants du corps médical présentent un texte co-signé par la Sfar, le Cfar, le CNU, le Snarf, le SNP HAR et le Smarnu (document joint au compte-rendu).

M. BOUDET précise que l'objet des travaux du groupe porte sur la question suivante : Y a-t-il des évolutions possibles au regard des champs actuels d'intervention des IADE ?

Il s'agit d'avoir une démarche objective sur cette question. Les travaux ne portent pas sur les aspects statutaires. On se situe en amont de la formation.

Ces activités nouvelles seront dans un deuxième temps analysées :

- Relèvent-elles de l'exercice actuel et du diplôme actuel ? Dans ce cas, elles peuvent le cas échéant faire l'objet d'une mention dans les référentiels d'activités et de compétences.
- Peuvent-elles être pratiquées par l'ensemble des IADE avec une formation ad hoc ? Dans ce cas, elles peuvent permettre d'enrichir la formation conduisant au diplôme.
- Peuvent-elles être pratiquées uniquement dans un contexte précis : nécessitent-elles une expérience dans le métier, une formation complémentaire ? Dans ce cas, elles peuvent relever du cadre de la coopération entre professionnels de santé dans un contexte précis et individualisé ou d'une orientation vers les pratiques avancées.

2 – Rappel de la méthode de travail

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'organisent 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.

L'ordre du jour de la séance est le suivant :

- **Réactions et échanges sur les premières activités identifiées**
- Compléments éventuels : quelles activités permettraient de **mieux répondre aux besoins en santé aujourd'hui et demain** ?
- **Analyse des activités identifiées** en termes de :
 - **Amélioration de la prise en charge du patient** (Meilleur accompagnement du patient ; Amélioration de l'accès aux soins et réduction des délais d'attente ; Amélioration de la qualité de la prise en charge, qualité des soins, continuité des soins ; Amélioration de la sécurité de la prise en charge ; Apport d'un nouveau service de santé ; Effets sur l'état de santé du patient, la qualité de vie, la, la satisfaction ; ...)
 - **Amélioration de l'organisation et de l'efficience** (Quel impact sur les autres professionnels ? (médecins, paramédicaux, ...) ; Quel impact sur l'organisation du travail ? ; Quel impact sur la coordination des activités ? ; Quel impact économique ? coût, durée de séjour, réduction des durées d'hospitalisation, augmentation de la productivité ; ...)
 - **Conditions de faisabilité** (Conditions de réalisation (ex : lieu exercice, nature expérience, ...) ; Modifications nécessaires de l'organisation : impact sur les autres professionnels, acceptabilité de l'impact, ... ; Liaison infirmier – médecin ; Moyens nécessaires ; ...)

3 – Echange et analyse des activités identifiées

1 – Activités déjà pratiquées par les IADE dans des contextes spécifiques d'exercice.

Les activités suivantes avaient été identifiées lors de la précédente réunion :

- Induction en autonomie (certaines inductions)
- Intubation sélective / utilisation du matériel pour intubation sélective
- Pose de voies veineuses centrales
- AG pour endoscopie digestive
- ALR – rachi anesthésies 1^{ère} intention

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.

Lors de la précédente réunion, il avait été souligné que ces activités relèvent plutôt du cadre de la coopération entre professionnels de santé dans un contexte précis et individualisé.

Les médecins soulignent la difficulté de généraliser ces pratiques. En effet, les différentes organisations médicales ont débattu de ces questions au sein de leurs instances et la position majoritaire est que l'ensemble des actes d'anesthésie reste de la responsabilité médicale.

Le corps médical souhaite que les pratiques avancées portent plutôt sur d'autres champs, tels que la prise en charge de la douleur.

Pour l'entretien de l'anesthésie et le maintien des fonctions physiologiques, ces deux notions sont présentes dans le référentiel. La compétence est ainsi rédigée « *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* ».

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

Les activités suivantes avaient été identifiées lors de la précédente réunion :

- Prescription thérapeutique anti-douleur, y compris hors SSPI et pour antalgique > palier 1 : il s'agirait d'une prise de décision, suite à évaluation de la situation
- 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.
- Prendre l'initiative des bilans sanguins et des gazométries

► L'activité de suivi **post opératoire et de gestion de la douleur** est détaillée et analysée :

Il s'agit d'adapter la thérapeutique (posologie et produit) dans le cadre de l'analgésie péridurale et périnerveuse :

- **Hors présence médecin / de sa propre initiative**
- **Notamment hors SSPI**
- **Dans le cadre d'un protocole validé par le CLUD**

Il s'agit également de réaliser la surveillance associée à cette activité. Par exemple, dans le cas de la titration de morphinique, une surveillance particulière est nécessaire.

Elle est analysée suivant les 3 critères définis :

- **Amélioration de la prise en charge du patient** : rapidité et efficacité d'intervention sur patient douloureux
- **Amélioration de l'organisation et de l'efficience** : si l'organisation le prend en compte, augmentation de la capacité d'intervention (on augmente le nombre d'intervenants possibles).
- **Conditions de faisabilité** :
 - protocole validé par le CLUD – possibilité pour l'établissement de le mettre en place en fonction de l'organisation
 - la mise en place d'une équipe douleur avec des protocoles (IADE spécialistes de la douleur, qui encadrent les infirmiers, peuvent changer ou adapter la thérapeutique, par exemple arrêter le continu sur PCA, ...) paraît particulièrement pertinente.
- Les connaissances requises seraient les suivantes :
 - **Connaître les degrés et types de douleur post-opératoire en fonction des interventions : notions médicales à appréhender**
 - **Savoir reconnaître une douleur qui ne doit pas être traitée et nécessite l'intervention du médecin**

- Réaliser un examen clinique centré sur le vécu subjectif du patient (notion de psychologie)
- Complément de formation sur la pharmacologie des anesthésiques locaux
- Protocole NVPO
- Aspects pédagogiques de la transmission de connaissances

Après analyse et débat, cette nouvelle activité et les connaissances requises associées pourraient être intégrés dans le diplôme.

► L'activité de **visite pré-anesthésique en complément de la consultation anesthésique** est également analysée suivant les 3 critères :

- **Amélioration de la prise en charge du patient**
 - Prise en compte du stress du patient
 - Amélioration de la prise en charge quand la visite pré-anesthésique n'est pas faite (interventions programmées)
- **Amélioration de l'organisation et de l'efficience**
 - Vérification des documents (activité déjà réalisée par les IDE d'hospitalisation)
 - Que cette visite puisse être faite par un IADE et pas par un médecin (actuellement en dehors de la réglementation)
- **Conditions de faisabilité**
 - Les examens complémentaires nécessitent une interprétation médicale
 - Ne nécessite pas de connaissances supplémentaires

Après analyse et débat, cette activité ne nécessitant pas de connaissances supplémentaires, il n'y a aucun apport nouveau pour le diplôme. De ce fait, cette activité n'est pas retenue.

► L'activité **Prendre l'initiative des bilans sanguins et des gazométrie** est déjà réalisée en per opératoire, elle serait uniquement à **ajouter dans le référentiel.**

► En SMUR et pour les transferts entre établissements, l'activité **Réaliser des gestes techniques et anesthésiques quand le médecin n'est pas un médecin anesthésiste** est évoquée.

- **Amélioration de la prise en charge du patient**
 - Besoins réels
 - Gains de chance pour les patients
- **Amélioration de l'organisation et de l'efficience**
 - Diminue les effectifs en établissement
- **Conditions de faisabilité**

- Expérience en bloc opératoire

Cette activité nécessiterait de consulter les urgentistes. Par ailleurs, ne nécessitant pas de connaissance supplémentaire, elle n'ajoute rien à la formation.

► **Suite aux débats, d'autres points à intégrer dans la formation sont évoqués :**

- Réanimation : encadrement, pédagogie, formation des nouvelles IDE : déjà pris en compte dans la formation
- Anglais médical : en lien avec la compétence 7
- Hypnose : nécessite une formation adaptée, ne peut être intégré dans le diplôme
- Conduite de projet informatique : nécessite une formation informatique, plutôt une spécialisation, ne peut être intégré dans le diplôme
- Connaissances juridiques
- Utiliser échographie et radio : notions

4 – Suite des travaux

Il est proposé aux membres du groupe de compléter, le cas échéant, la réflexion sur les activités nouvelles. Les propositions sont à adresser à la DHOS pour le 19 avril, en amont de la prochaine réunion, qui se tiendra le **27 avril 2010 à 10 heures**.

Dans un deuxième temps, il sera proposé de travailler sur les suites à donner à cette réflexion dans le cadre des travaux portant sur la réingénierie du diplôme d'infirmier anesthésiste, et plus particulièrement sur la formation.