Enquête SNIA

“ Mieux connaître les Iade ”

THIERRY FAUCON

Forte identité professionnelle et sentiment d'isolement au sein des structures de soins sont des caractéristiques de notre spécialité. L'infirmier anesthésiste a besoin d'échanger et de connaître la pratique quotidienne de ses pairs pour définir un modèle professionnel.

Ceci se vérifie à l'occasion des nombreuses journées de formation Iade à travers tout le pays.

En 2001, le Syndicat National des Infirmiers Anesthésistes (SNIA) a réalisé une nouvelle enquête nationale portant sur les aspects démographique et statutaire, d'une part, et sur les pratiques déclarées par les infirmiers anesthésistes, d'autre part. Le taux considérable de réponses et l'exploitation qualitative jamais atteinte dans les précédentes enquêtes font que le conseil d'administration du SNIA a décidé de diffuser largement cette mine d'informations.

Les enquêtes servent d'ordinaire à notre organisation professionnelle de base de travail ou d'argumentaire pour les différents dossiers que nous avons à défendre auprès des pouvoirs publics, du corps médical ou de la profession infirmière. Ces instantanés permettent de comprendre les évolutions contextuelles, d'accompagner les mutations ou encore d'influer sur la réglementation.

Mais aujourd'hui, notre volonté est que chaque infirmier anesthésiste se reconnaisse dans un contexte professionnel, certes varié et complexe, mais avec *in fine* des valeurs et des pratiques proches constituant le socle de notre identité.

L'année 2002 est marquante pour la profession : l'évolution statutaire dans le secteur public, le nouveau décret de compétence, le nouveau programme de formation, sont l'aboutissement de plusieurs années de travail.

Ces avancées ne sont jamais totalement satisfaisantes ni, heureusement, définitives mais il convient de considérer qu'elles n'existent que grâce aux efforts des infirmiers anesthésistes et de leur organisation professionnelle.

Que la publication de ces résultats serve la connaissance que chaque infirmier anesthésiste doit avoir de la profession et contribue à son positionnement au sein du système de santé. ■

Un remerciement à toute l'équipe du SNIA pour ce travail et en particulier à Th. Saint-Marc, E. Balagny et à P. Testard pour le soutien informatique.

Thierry Faucon
Président,
Syndicat national des infirmiers anesthésistes,
10 rue des Roses, 75018 Paris. Tél. : 01 40 35 31 98.
Fax : 01 40 35 31 95.
E-mail : snia75@snia.net
Site web : http://www.snia.net

UNE ENQUÊTE DÉMOGRAPHIQUE ET DE PRATIQUES DÉCLARÉES

Cette enquête, réalisée à partir du fichier des adhérents SNIA, a été complétée en 2001 par une enquête de pratiques déclarées visant à identifier les éventuels transferts de tâches et la conformité de l'exercice professionnel avec la réglementation.

L'objet de l'enquête

- Connaître les conditions de travail, par exemple la proportion d'infirmiers anesthésistes assurant des permanences sur place et/ou des astreintes à domicile.
- Mesurer l'évolution de la pyramide des âges et son impact sur les besoins en formation pour compenser les départs à la retraite ou les transferts vers d'autres fonctions, tel l'encadrement.
- Établir un suivi des pratiques professionnelles.

La méthodologie

- Réalisation d'un questionnaire anonyme ne permettant pas d'identifier l'établissement de provenance.
- Validation par un statisticien.
- Programme informatique ACCESS.
- Test auprès d'une population “cible”.
- Population retenue : fusion des fichiers du SNIA de 1999, 2000, 2001.

Le calendrier

- 9 juin 2001, envoi en nombre par la poste avec enveloppes réponses pré-affranchies.
- 15 juillet 2001, date limite d'acceptation des réponses.
- Du 15 juillet au 15 septembre 2001, saisie des questionnaires.
- Octobre – novembre 2001, exploitation des résultats.
- 30 novembre 2001, première présentation lors de l'assemblée générale du SNIA.
- Mars 2002, publication des résultats.

Les destinataires

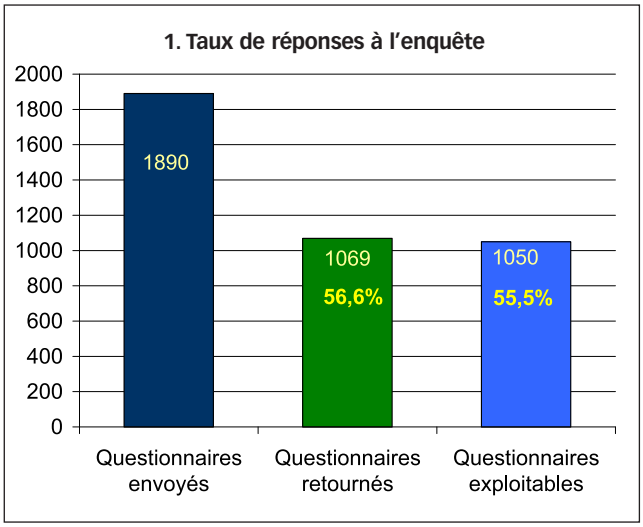
- Les professionnels infirmiers anesthésistes, membres du SNIA.
- La profession dans son ensemble par le biais d'une diffusion large public.
- Les pouvoirs publics qui sont intéressés par l'application de mesures réglementaires, tant en ce qui concerne la durée et les conditions de travail que la pratique professionnelle.

La validité de l'enquête

Sur 1 890 questionnaires envoyés, 1 069 ont été retournés et 1 050 ont pu être exploités, soit un taux de réponses de 56,56%. Il y a en France 5 880 infirmiers anesthésistes* dans le secteur public et environ 1 500 dans le secteur privé quel que soit le statut de l'employeur (PSPH, clinique, médecin anesthésiste-réanimateur) ; le total est de 7 380 Iade. Le taux de réponses par rapport à la population globale est de 14,27%. Une enquête de pratiques déclarées est validée lorsque les réponses se situent entre 500 et 1 000 réponses. Dans le cas présent, la validité de l'enquête est indiscutable. Cette enquête a été réalisée auprès d'individus qui ne répondent que pour eux-mêmes. Elle ne mesure pas les pratiques d'établissement. Le respect de l'anonymat, tant des personnes que des employeurs, était une volonté marquée. Dans certains cas, il sera précisé que les résultats sont interprétés avec prudence et, dans tous les cas, la population de référence est indiquée.

** Source : ministère de la Santé*

Enquête SNIA



La démographie

Les résultats globaux

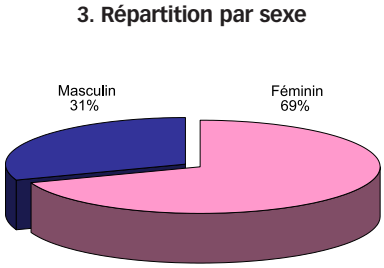
Le taux de réponses de 56,6%, qui est très important, permet une exploitation fiable des données (*figure 1*).
Les 19 questionnaires non exploitables correspondent à des infirmiers anesthésistes retraités, à des infirmiers anesthésistes devenus infirmiers généraux, ou à des questionnaires dont l'absence de certaines réponses ne permettait pas une exploitation cohérente.

La répartition par région

La répartition figurant dans la *figure 2* représente le nombre de réponses des Iade dans les régions. Elle correspond à la population de chacune de ces régions, mais le nombre des réponses n'est cependant pas parfaitement représentatif de la densité des infirmiers anesthésistes.

Le sexe

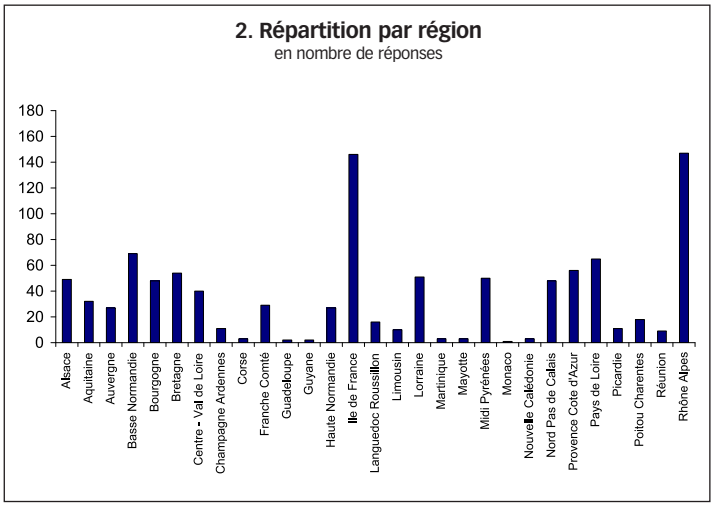
La proportion hommes/femmes est constante : 69% de femmes, 31% d'hommes, que ce soit chez les Iade ou chez les cadres (*figure 3*).
Il n'y a pas de modification par rapport aux enquêtes de 1994 et 1998.

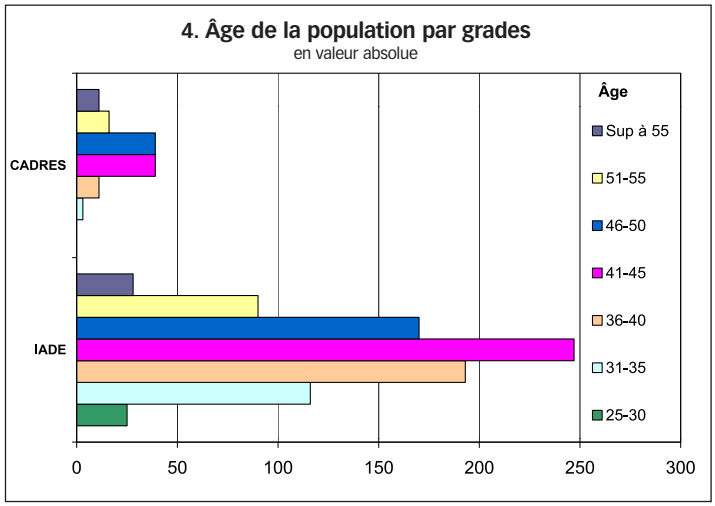


La pyramide des âges

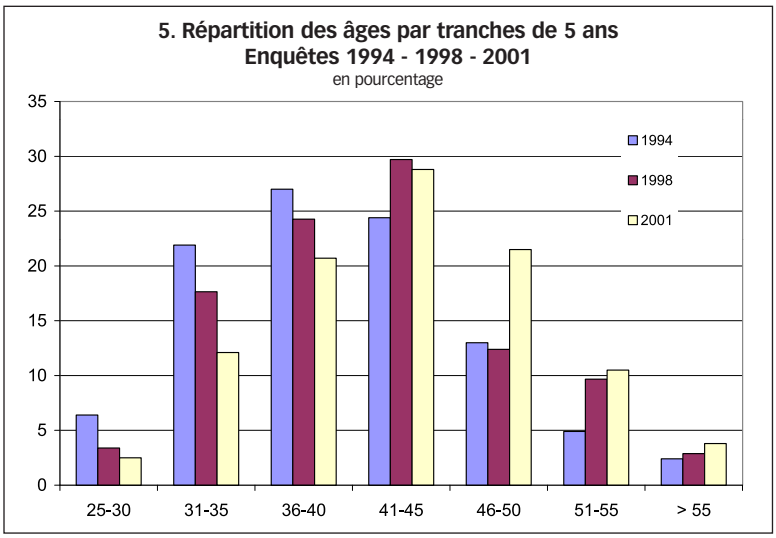
Population retenue : 988 (40 NR pour l'âge ; 22 NR pour le sexe).
Les cadres, du fait de leur cursus, sont plus âgés que les Iade ; leur pyramide des âges est logique et ne semble pas poser de problème à terme.
Les hommes sont légèrement plus jeunes que les femmes.
La majorité des infirmiers anesthésistes (61,6%) a plus de 41 ans, dont 37,7% a plus de 46 ans. Parmi ceux-ci, 15% seront à la retraite dans les cinq ans et 20% dans les dix ans. Compte tenu de l'âge moyen d'entrée dans la profession (32 ans), il apparaît que le taux de couverture des départs en retraite et des autres départs, vers l'encadrement ou d'autres fonctions, est insuffisant (*figure 4*).
Depuis 1994, un vieillissement de la population est noté. Entre 1994 et 1998, on observait un déplacement de la tranche d'âge 36–40 ans vers la tranche d'âge 41– 45 ans. Le phénomène s'aggrave en 2001 puisque la tranche 46–50 ans augmente considérablement (*figure 5*).
Quelques explications sont possibles.

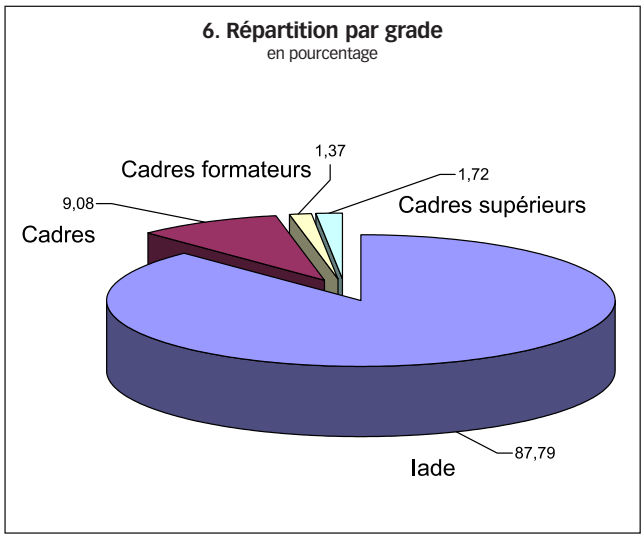
- La fidélité des adhérents du syndicat, population de référence des différentes enquêtes, pourrait conduire à un vieillissement artificiel de la population enquêtée par rapport à la population globale. Cependant, en 1998, de nombreuses réponses émanant d'Iade non syndiqués, *via* Internet, avaient été également prises en compte. Chaque année, l'arrivée de nouveaux adhérents, généralement jeunes dans la profession, atténue cette tendance.
- L'entrée est souvent tardive dans la formation d'infirmier anesthésiste du fait des problèmes de financement des études ; certains établissements n'autorisent, en effet, la promotion professionnelle qu'au terme d'un certain nombre d'années de travail en tant qu'infirmier.
- Il n'y a pas de crise du recrutement en termes de candidatures au concours d'entrée dans les écoles, mais il existe des freins. La formation s'adresse à des adultes qui ont des engagements familiaux et financiers, pour lesquels l'aide au financement est indispensable au titre soit de la promotion sociale, soit de la promotion professionnelle. Contrairement aux établissements publics et à ceux relevant de la convention FEHAP, le financement en secteur privé lucratif est exceptionnel.





Enquête SNIA





• La sélection rigoureuse pour accéder aux études d'Iade porte sur la totalité du programme d'études d'infirmier diplômé d'État. Or, sur l'ensemble de ce programme, seules quelques matières sont fondamentales pour la poursuite des études vers cette spécialité ; les autres matières restent l'enseignement de base de la formation IDE. De plus, le nouveau programme d'études d'IDE ne donne pas toute satisfaction quant au niveau attendu pour accéder à la formation Iade. Une préparation à l'entrée en formation Iade est donc nécessaire mais induirait un surcoût.

Le grade

Total de la population : 1 050
- Total des réponses : 1 024
- Sur la population totale ayant informé le sexe :
les Iade représentent …..... 87,79 %
les cadres ……..12,17 %
Parmi les cadres, 74,6% sont des cadres de proximité, 11,3% des enseignants et 14,1% des cadres supérieurs (*figure 6*).
Les hommes représentent 30% de la population des Iade, un peu moins chez les cadres ; le pourcentage approche la moitié pour les cadres supérieurs.

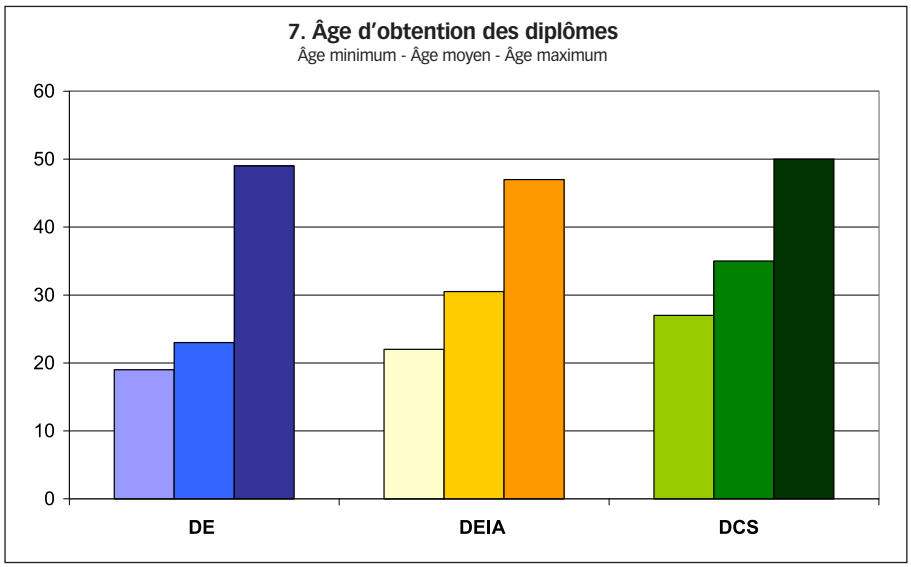
Le déroulement de carrière

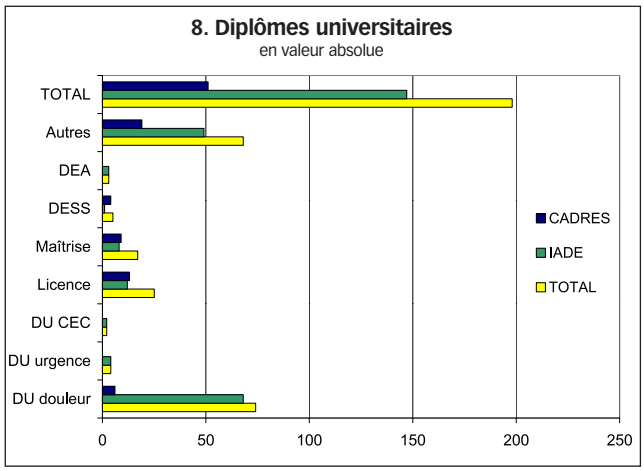
Âge moyen d'obtention des diplômes (*figure 7*):
- diplôme d'État d'infirmier (DE), 23 ans ;
- diplôme d'État d'infirmier anesthésiste (DEIA), 30,5 ans ;
- diplôme cadre (DCS), 35 ans.

La durée moyenne entre l'obtention du DE et celle du DEIA est de 7,5 ans, mais l'écart type est de 5 ans et 4 mois ; la différence entre les deux données est liée au petit nombre d'infirmiers ayant 40 ans et plus lors de l'obtention de leur diplôme, qui tire la moyenne vers le haut. L'écart type correspond mieux aux observations faites dans les écoles d'Iade.
La durée moyenne entre le DEIA et le diplôme cadre est de 10 ans, mais l'écart type de 5 ans ; là encore, les aînés tirent la moyenne vers le haut.
La durée de la carrière d'un Iade dans le secteur public est de 25 ans, compte tenu du départ à la retraite 55 ans (durée de carrière dans le privé : 30 ans). En fait, elle s'avère plus courte pour un certain nombre d'infirmiers anesthésistes dont l'âge est élevé en début de carrière. Ce paramètre est important pour calculer le renouvellement par le système de formation et prévoir les effectifs dans les écoles.

Les diplômes universitaires

Environ 20% de la population interrogée a suivi une formation en milieu universitaire : 16,35% des Iade et 40% des cadres. Les diplômes universitaires (DU) sont les formations les plus nombreuses chez les Iade, soit 83,67% des diplômes obtenus ; le seul DU douleur représente 20% d'entre eux. Autres DU : transports médicalisés, anesthésie-réanimation dans la région Rhône-Alpes, hygiène…
Les cadres suivent plutôt des formations de second et troisième cycles d'université, soit 51% des diplômes déclarés.
Concernant les infirmiers anesthésistes, le chiffre peut paraître faible,





mais il faut tenir compte de plusieurs paramètres :
- les DU sont d'organisation récente et depuis peu accessibles aux infirmiers ;
- les DU n'ouvrent pas systématiquement sur un poste fonctionnel ; il s'agit pour la plupart d'un enrichissement personnel et, souvent, d'une démarche volontaire et individuelle ;
- le financement de ce type de formation est rarement pris en charge par les établissements (*figure 8*).

La formation universitaire des cadres est généralement financée par les établissements ; elle correspond à un projet d'amélioration de la qualité de l'encadrement. Certaines administrations ont même développé des partenariats avec des universités, par exemple l'Assistance publique. Hôpitaux de Paris avec l'Université Paris-9 Dauphine, pour la maîtrise de sciences et techniques des institutions sanitaires et sociales, et la maîtrise des sciences de l'éducation.

Le statut des employeurs

La répartition entre les différents types d'employeur est identique en 2001 aux résultats de l'enquête de 1998 (*figure 9*).

Les principaux employeurs des personnels d'anesthésie sont, dans notre enquête, les CHU 31%, les CHG 49%, les établissements privés participant au service public hospitalier (EPPSPH) 8%, le secteur privé lucratif 11% (3% clinique, 8% médecins anesthésistes-réanimateurs). 1% des Iade exerce exclusivement en intérim.

La fonction publique hospitalière est le premier employeur des infirmiers anesthésistes. Leur nombre suit le profil général de la répartition des hôpitaux publics. De même et en toute logique, les cadres sont presque exclusivement présents dans le secteur public (80%) et dans les EPPSPH. Dans ces structures, l'anesthésie est organisée en service, possédant en général sa propre hiérarchie (*figure 10*). Il serait intéressant de rapprocher ces chiffres du nombre d'anesthésies réalisées dans chaque secteur, ainsi que de la capacité en lits des différentes catégories d'établissement.

Les secteurs d'activité

La base de calcul est 964, correspondant aux 899 Iade et 65 cadres qui font de l'anesthésie en routine (*figure 11*).

Seulement 178 personnes interrogées ont une affectation exclusive dans un seul site. L'importance de la mobilité et de la polyvalence révélées par cette enquête est considérable. Ceci peut être lié au regroupement des activités dans de mêmes unités géographiques : plateau technique comprenant un bloc opératoire commun à plusieurs spécialités ; organisation qui réserve certains jours pour une activité (par exemple, endoscopie) complétée les jours suivants par une autre ; planification du travail des Iade assurant alternativement une activité et une autre.

En 1998, le questionnaire faisait un découpage précis entre l'activité isolée de bloc ou de salle de surveillance post-interventionnelle (SSPI) et les activités combinées. En 2001, le questionnaire est plus ouvert ; les questions uniques favorisent les nombreuses combinaisons. Cependant, les résultats sont comparables (*figure 12*).

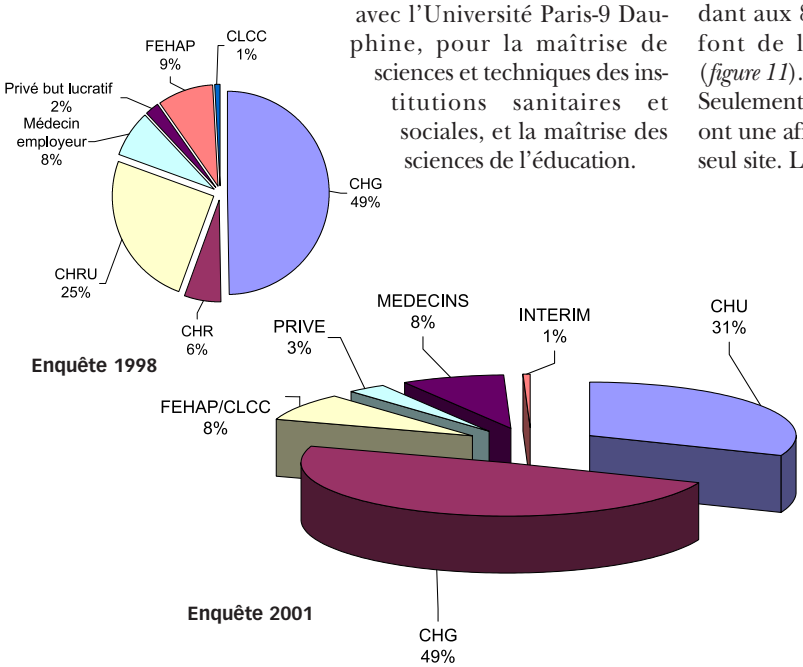
Le bloc opératoire

110 infirmières anesthésistes travaillent exclusivement au bloc opératoire, soit 12% ; on les retrouve essentiellement dans le secteur privé et l'intérim.

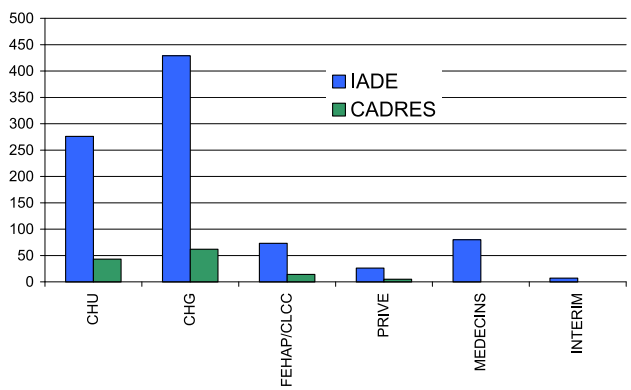
Les infirmières anesthésistes travaillent à 71% au bloc opératoire et assurent en alternance le fonctionnement des SSPI. 26% de celles qui travaillent au bloc ont également une autre activité. Cette dernière donnée croise les activités d'endoscopie, de radiologie et d'obstétrique entre autres.

En 1998, 24% des Iade déclaraient travailler exclusivement en bloc opératoire, mais il n'y avait pas de question croisant des activités autres que le réveil.

9. Répartition des personnels d'anesthésie par catégorie d'employeur



10. Répartition par grades et par employeurs
en valeur absolue



Enquête SNIA

La salle de surveillance post-interventionnelle

Les infirmières anesthésistes qui assurent la SSPI le font alternativement avec d'autres activités. Moins de 1% y est affecté de manière permanente et ceci n'a pas évolué depuis 1998.

Le service de gynécologie-obstétrique

Les Iade qui travaillent dans ce secteur déclarent tous avoir une activité de bloc opératoire et un grand nombre assure la surveillance en SSPI. Il existe toujours une activité de bloc opératoire dans les services d'obstétrique du fait des interventions pour césariennes par exemple ; de plus, ces services sont souvent jumelés avec un service de gynécologie.

Dans ce cas, les Iade sont partagés entre toutes les activités. De ce fait, le chiffre est très supérieur à celui de 1998, 50% contre 15%. L'évolution de ce chiffre est peut-être due au programme périnatalité, qui impose des règles strictes pour la prise en charge anesthésique dans ce secteur, et à l'augmentation continue de l'analgésie obstétricale qui s'apparente à de l'anesthésie, exigeant la présence de personnel qualifié.

L'endoscopie

Sur 485 Iade déclarant exercer en endoscopie, seulement 2 y sont exclusivement affectés, ce qui correspond aux chiffres de 1998. Il n'y a donc que peu d'infirmiers anesthésistes en poste dans ce secteur, l'activité étant assurée en complément d'une autre.

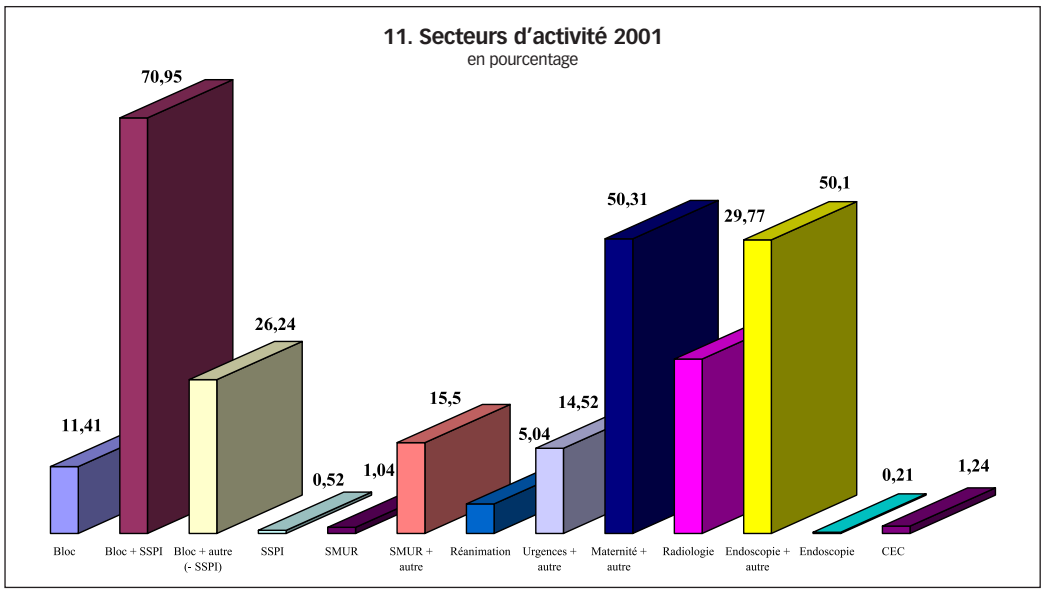
La radiologie

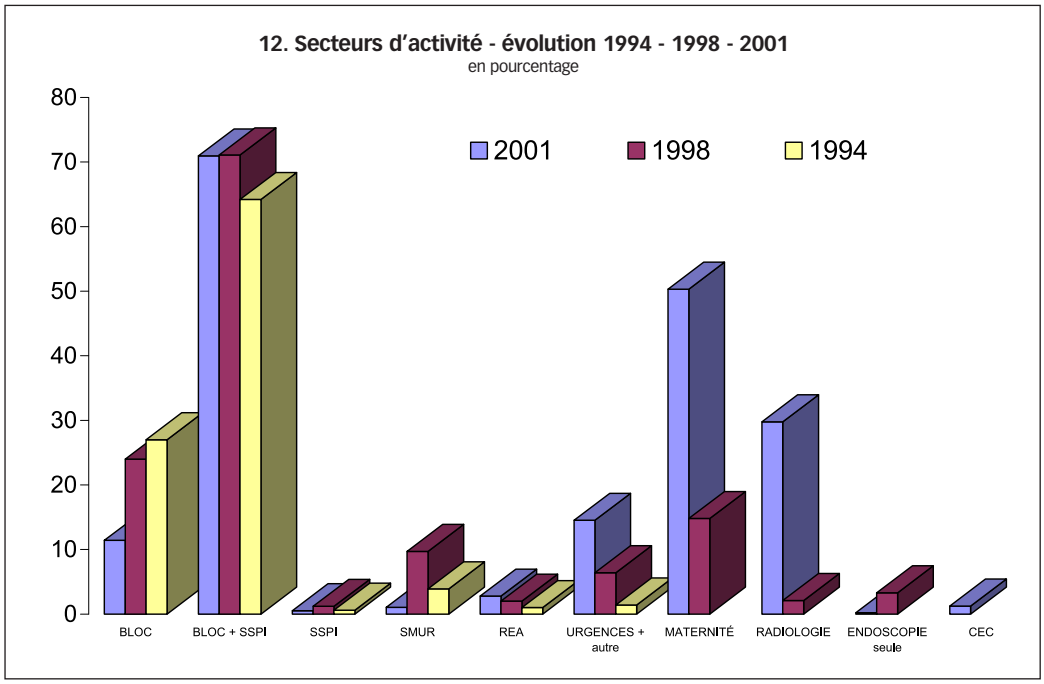
L'activité de radiologie est toujours jumelée avec une ou plusieurs autres activités ; 30% des personnes interrogées déclarent y intervenir régulièrement. Le nombre croissant d'actes de radiologie sous anesthésie et la demande de la population peuvent expliquer cette évolution.

Les Samu-Smur

71,42 % des personnes interrogées déclarent l'existence d'un SMUR dans leur établissement d'affectation. 60 % sont employées dans les CHG et 37 % dans les CHU. Le nombre d'IADE affecté exclusivement au SMUR est faible mais 15,5% y travaillent en alternance avec un autre secteur. Ils étaient 10% en 1998 à déclarer une activité de SMUR.

NB : il est impossible d'identifier ici le nombre d'établissements disposant d'un SMUR dans la mesure où il s'agit de réponses concernant des individus et non des établissements hospitaliers.





Les urgences

Il n'y a pas, dans l'enquête, d'Iade affectés uniquement à l'accueil des urgences. L'activité dans ce secteur reste liée à celle du Smur.

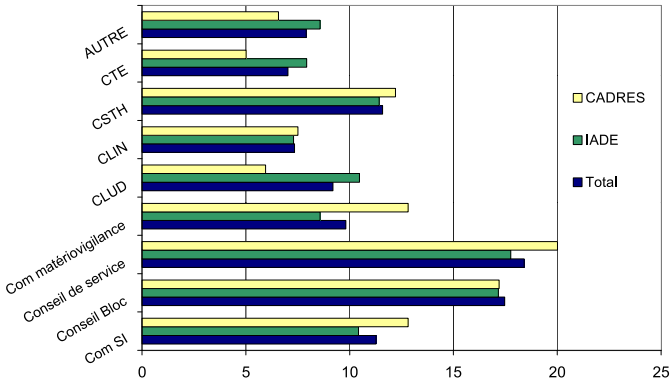
La CEC

Les 12 infirmiers anesthésistes qui assurent la circulation extracorporelle sont exclusivement affectés à cette technique.

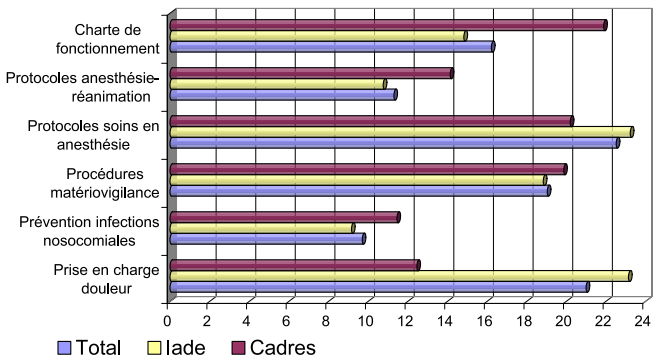
La réanimation

Ce sont surtout les cadres IADE de proximité qui occupent des postes en réanimation, puisque 26 cadres sur 111 y travaillent, soit 1 sur 5. La présence des cadres dans ce service est conforme à la circulaire ministérielle du 23 mars 1988, recommandant que l'encadrement des unités de réanimation et de soins intensifs soit prioritairement confié à des personnels issus du corps des infirmiers anesthésistes.

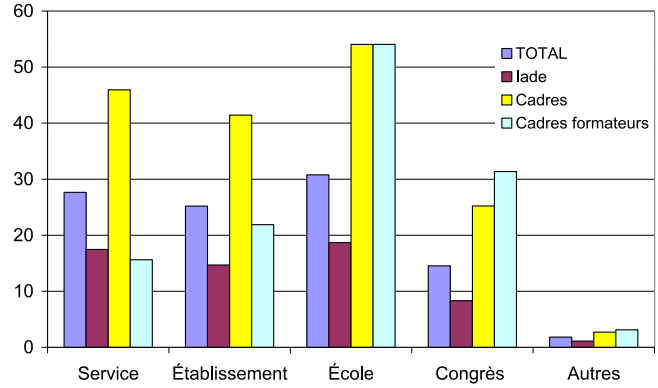
13. Missions de représentativité
en pourcentage de chaque population retenue



14. Missions transversales
exprimées en pourcentage de chaque population



15. Formations réalisées dans le cadre des missions transversales
en pourcentage de chaque population



Les implications institutionnelles

La représentativité

Pour la représentativité, seuls les cadres travaillant en milieu hospitalier ont été retenus, soit 111 cadres et 899 Iade ; la population de référence est de 1 010 personnes (*figure 13*).
Les personnels d'anesthésie enquêtés sont 968 à participer aux différentes missions de représentativité à l'hôpital, soit 631 pour les Iade et 320 pour les cadres (plusieurs missions sont possibles).
Si l'on ramène ces données à la population de chaque grade, on observe qu'un infirmier anesthésiste occupe en moyenne 0,7 siège, alors que chaque cadre en assure en moyenne 2,9.

Les Iade sont surtout présents dans les conseils de bloc et les conseils de service, puis dans les commissions de sécurité transfusionnelle et d'hémovigilance et dans les Comités de lutte contre la douleur (CLUD).

Les cadres sont très présents dans les conseils de service, les conseils de bloc, les commissions de soins infirmiers et les commissions de matériovigilance.
Parmi les personnes siégeant dans le CLUD, 40% possèdent le DU douleur.
Au total, on note une plus forte représentativité des cadres, mais la répartition est relativement identique dans les deux populations.

Les missions transversales

Pour les missions transversales, seuls les cadres travaillant en milieu hospitalier ont été retenus, soit 111 personnes et 899 Iade ; la population de référence est de 1 010 personnes.

Les infirmiers anesthésistes assurent souvent une mission transversale, parfois plusieurs ; ils participent principalement à la prise en charge de la douleur, à la rédaction de protocoles de soins en anesthésie, à la matériovigilance et contribuent à la rédaction de la charte du bloc opératoire.

Les cadres : ils sont présents dans la rédaction de protocoles, de la charte de fonctionnement du bloc opératoire et des procédures de matériovigilance. Ils participent peu à la prise en charge de la douleur.
Les missions assumées correspondent au rôle soignant pour les Iade (prise en charge de la douleur) et aux missions administratives pour les cadres.
Pour les deux populations, la participation à la prévention des infections nosocomiales arrive en dernier, ce qui rejoint la faible représentation au Comité de lutte contre les infections nosocomiales (*figure 14*).

La formation assurée par le personnel infirmier anesthésiste

L'étude est réalisée pour cet *item* sur l'ensemble de la population, soit 1 050 personnes.
Sur l'ensemble des formations assurées par les professionnels dans différents secteurs, 71,43% le sont par les Iade, 24,42% par les cadres, 4,16% par les formateurs et les directeurs d'école.
Proportionnellement, ce sont les cadres qui assurent le plus de formations, en moyenne 1,7/an contre 0,6/an pour les Iade. Leurs interventions dans les écoles, le service, l'hôpital et les congrès sont trois fois plus importantes que celles assurées par les Iade, pour une population de 11,9% de la population totale.
Les différents publics sont homogènes entre les deux populations. Arrive en premier la formation dans les écoles, puis la formation dans le service et, enfin, au niveau de l'établissement.
Les Iade et les cadres répondent bien à la mission de formation inscrite dans les règles professionnelles.
Dans l'enquête, ne figurait pas la notion d'encadrement de stagiaires en milieu hospitalier qui aurait permis de mettre en évidence la fonction tutorale (*figure 15*).

Les conditions d'exercice

Les permanences à l'hôpital

La population retenue pour cette question correspond aux personnes qui ont déclaré pratiquer l'anesthésie de manière constante : 899 Iade et 65 cadres, soit 964 personnes.
Le pourcentage des personnes qui assurent des permanences à l'hôpital est stable entre 1998 et 2001. Dans les deux enquêtes, 1 personne sur 2

déclare assurer des permanences à l'hôpital (*figure 16*).
Parmi les personnels anesthésistes qui assurent des permanences, les Iade représentent 94% et les cadres 6%.

La fréquence

La disparité entre établissements est importante. La fréquence moyenne annuelle s'établit à une permanence par semaine, plus ou moins un dimanche par mois. Les écarts types sont conséquents en fonction des périodes de l'année, de la localisation géographique et du type d'établissement (de zéro à quinze permanences par agent).

Le secteur hospitalier

Les permanences existent principalement dans le secteur public et les établissements participant au service public hospitalier (CHU 35%, CHG 57,5%, EPPSPH 5%) ; elles sont pratiquement inexistantes dans le secteur privé lucratif, que l'employeur soit la clinique ou le médecin anesthésiste-réanimateur (MAR). Ceci correspond à l'obligation d'accueil des urgences dans le service public et dans les EPPSPH (*figure 17*).
Les permanences sont majoritairement consacrées à l'activité d'anesthésie au bloc opératoire et souvent associées à la surveillance en SSPI et/ou à l'activité obstétricale (*figure 18*).

L'anesthésie en bloc opératoire et en SSPI

73% de l'activité isolée de bloc opératoire se retrouve dans les CHU, alors que dans les CHG on rencontre 70% de travail associant bloc opératoire et salle de surveillance post-interventionnelle (SSPI).
Dans les CHU, les SSPI sont généralement de plus grandes dimensions et ouvertes 24 heures/24 avec un personnel spécifique. L'intervention des Iade en garde ne s'impose donc pas.
Dans les CHG, les SSPI fonctionnent le plus souvent à la demande selon la présence des patients, les Iade en garde assurant la surveillance de leur patient en phase de réveil.

L'activité obstétricale

L'activité obstétricale est rarement isolée et pratiquement toujours partagée avec une activité de bloc et de SSPI ; en effet, elle concerne aussi bien les interventions pour césarienne que la continuité de l'analgésie obstétricale. C'est dans les CHG que les Iade participent le plus à cette activité, 73% contre 25% en CHU.

Le Smur

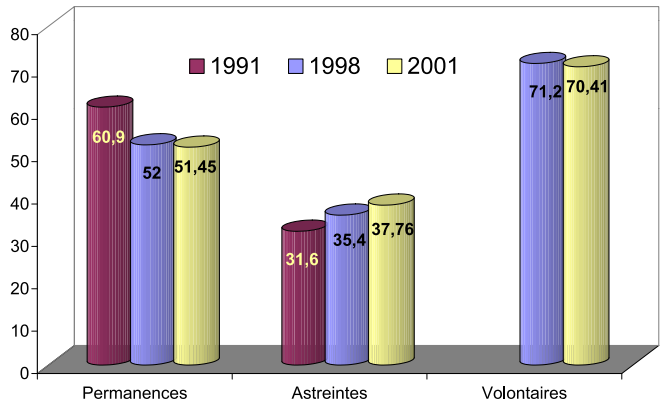
104 Iade prennent des gardes de Samu, mais seulement 21 ne font des gardes que dans ce secteur et majoritairement en CHG, 73% (CHU 25%).

C'est dans les CHG que l'on retrouve la plus grande diversité des secteurs d'intervention au cours de la garde. Ceci démontre que le personnel de garde est en petit nombre et très polyvalent, alors qu'en CHU les gardes sont généralement plus spécialisées et souvent prises dans certains secteurs exclusivement par un médecin anesthésiste-réanimateur ou un interne de la spécialité.

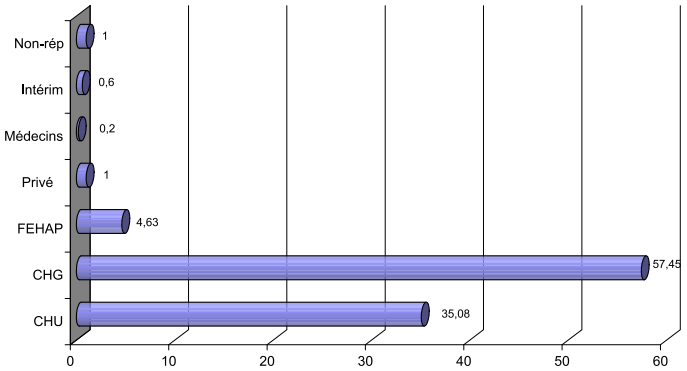
Les permanences incluses dans le temps de travail

Les permanences sur place sont incluses dans le temps de travail dans 65% des cas, et en sus de ce dernier, dans 28% des cas (*figure 19*). Pour les hôpitaux qui rémunèrent les gardes en sus, la réduction du temps de travail posera un problème en termes d'effectif. Ceci ne se rapporte pas à un nombre d'établissements mais de personnes. Plusieurs réponses peuvent provenir du même établissement.

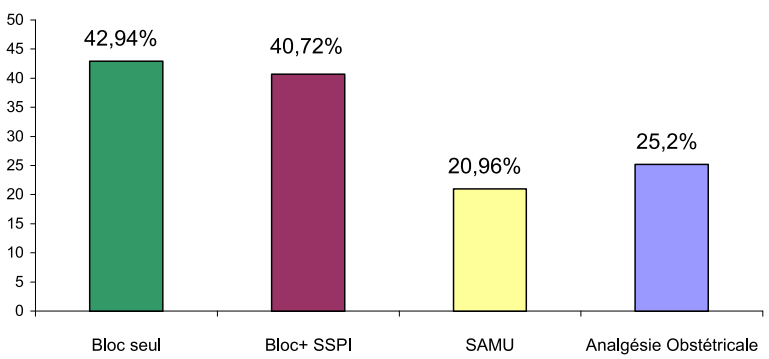
16. Evolution des permanences, astreintes et volontariat
exprimée en pourcentage



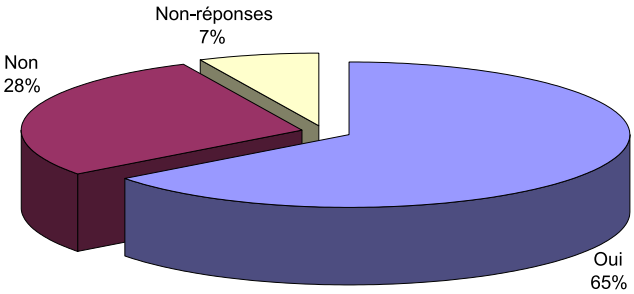
17. Permanences par types d'employeurs
en pourcentage



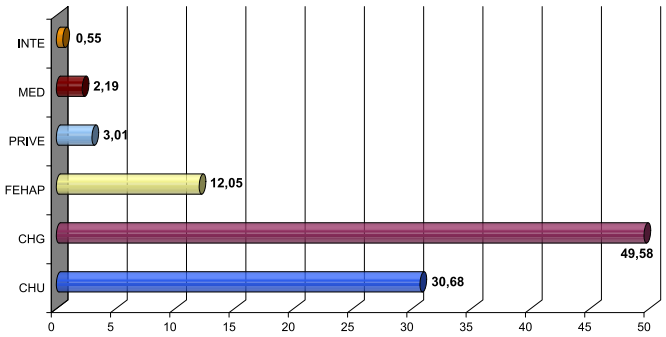
18. Permanences à l'hôpital et secteurs d'activité



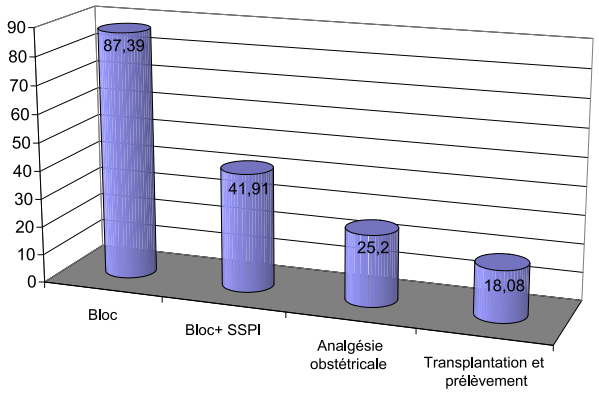
19. Permanences à l'hôpital incluses dans le temps de travail



20. Astreintes selon le type d'employeur
en pourcentage



21. Astreintes et secteurs d'activité
en pourcentage



L'avis du Comité technique d'établissement

L'avis des instances hospitalières doit être obligatoirement recueilli pour organiser une permanence sur place ou un système d'astreintes à domicile. Dans le cas présent, 37,5% des Iade ignorent l'existence de cette consultation, chiffre renforcé par les 37% de non-réponses. À noter que 8,4% effectuent des permanences, alors que le Comité technique d'établissement (CTE) a émis un avis défavorable.

Les gardes administratives

37% des cadres Iade prennent des gardes administratives et très majoritairement dans les CHG.

Les astreintes à domicile

La population retenue pour cette question correspond aux personnes qui ont déclaré pratiquer l'anesthésie de manière constante : 899 Iade et 65 cadres, soit 964 personnes.

38% de la population interrogée assure des astreintes à domicile ; elle est supérieure de 2% par rapport à l'enquête de 1998. Elles sont prises à 91% par les Iade et à 5% par les cadres, soit 37% du total de la population des Iade et 16,2% de celle des cadres.

70,5% des personnes qui prennent des astreintes sont volontaires et seulement un quart ne le sont pas. Ce chiffre est stable par rapport à l'enquête de 1998.

La fréquence

La fréquence est sensiblement la même entre les enquêtes de 1998 et 2001 ; la moyenne aujourd'hui est de 1,5 astreinte par semaine, avec des écarts importants suivant les établissements.

Il faut noter que 18 personnes prennent plus de 10 astreintes par mois et que 21 en prennent en moyenne 10.

Les astreintes à domicile viennent rarement en déduction du temps de travail. Or, la nouvelle réglementation relative aux astreintes à domicile (décret n° 2002-9 du 4 janvier 2002) prévoit que les temps d'intervention sont comptabilisés en travail effectif. Des difficultés de fonctionnement sont donc à prévoir.

Les astreintes à domicile sont fréquentes dans le secteur public et les EPPSPH, soit au total 92% pour seulement 8% dans le secteur privé lucratif. On retrouve la fréquence la plus élevée dans les CHG qui représentent 50% des astreintes prises par le groupe de référence (*figure 20*).

Les activités couvertes par les astreintes à domicile

Les astreintes pour transplantation d'organes se rencontrent en CHU (90% des réponses à l'*item*).

46% des astreintes sont prises pour la seule activité d'anesthésie au bloc opératoire. Cette activité est associée à la surveillance en SSPI dans 39% des cas. Seulement 10 Iade sont appelés pour prendre en charge exclusivement la SSPI.

Les appels pour l'obstétrique se rencontrent surtout dans les CHG (65,57% de cette activité).

C'est en CHG que les infirmiers anesthésistes assurent plusieurs types d'activité et contribuent le plus à ce mode de fonctionnement (*figure 21*).

L'avis du Comité technique d'établissement

52% des personnes qui prennent des astreintes à domicile ignorent si le Comité technique d'établissement (CTE) a émis un avis et 17% les assument contre l'avis du CTE.

L'enquête de pratiques déclarées

La population retenue pour la partie concernant les pratiques déclarées est composée de 899 infirmiers anesthésistes et de 65 cadres d'anesthésie qui ont déclaré pratiquer régulièrement l'anesthésie, soit 964 personnes.

En 1998, l'enquête testait des pratiques nouvelles, aujourd'hui complètement intégrées dans la pratique professionnelle, tels le contrôle quotidien du site anesthésique avec la fiche d'ouverture de salle et la contribution des Iade aux procédures de matériovigilance. Ces données n'ont pas été retenues dans la présente enquête. En revanche, la pratique anesthésique et le seuil de participation des infirmiers anesthésistes à cette enquête ont été approfondis, l'objectif étant de mieux identifier la place de l'Iade dans le processus anesthésique. Il sera donc possible d'observer certaines évolutions au cours des deux périodes.

Consultation d'anesthésie, visite préopératoire et protocole

La consultation d'anesthésie

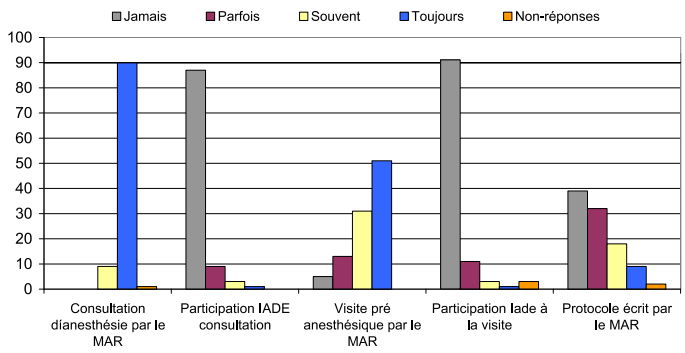
La consultation d'anesthésie est assurée par les médecins dans 99% des réponses et les infirmiers anesthésistes y participent "parfois" ou "souvent" dans 12% des réponses. Bien qu'il n'y ait pas de question testant leur rôle précis au cours de ces consultations, on peut dire que ce sont bien les médecins anesthésistes-réanimateurs (MAR) qui assurent ces consultations. Le 1% s'explique par les Iade qui travaillent dans des contrées éloignées sans médecin anesthésiste-réanimateur, comme dans les Comores par exemple (*figure 22*).

La visite pré-anesthésique

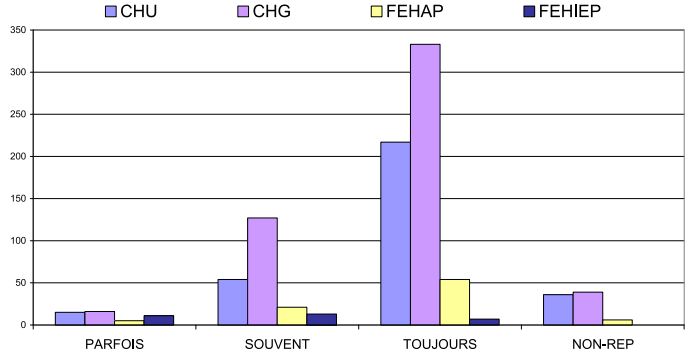
La visite pré-anesthésique est réalisée par les médecins dans 82 % des réponses.

Les chiffres relatifs à ces activités sont cohérents. Cependant, dans certains

22. Consultation, visite et protocole d'anesthésie
en pourcentage



23. Fonction de maintenance de l'IADE
en valeur absolue



questionnaires, il semble qu'il existe une confusion entre consultation et visite préopératoire, ce qui a peut-être influencé le chiffre plus bas du second *item*. En conclusion, il n'y a pas de dérive. Les malades sont bien et exclusivement évalués par un médecin anesthésiste-réanimateur.

Le protocole écrit

Le protocole écrit n'est "toujours" présent que dans 9% et l'est "souvent" dans 18% des réponses .

Cette pratique n'est donc pas courante et pose un problème au regard des textes réglementaires qui régissent la profession d'infirmier anesthésiste. Dans l'article 10 du décret relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier, qui définit le rôle de l'infirmier anesthésiste, il est précisé : *« L'infirmier anesthésiste diplômé d'État est seul habilité, à condition qu'un médecin anesthésiste-réanimateur puisse intervenir à tout moment et après qu'un médecin anesthésiste-réanimateur a examiné le patient et établi le* ***protocole****, à appliquer les techniques suivantes… ».*

La rédaction du protocole devrait s'imposer lorsque le médecin anesthésiste-réanimateur délègue tout ou partie de l'anesthésie et de sa surveillance. L'usage est très différent, mais un infirmier anesthésiste serait en droit de refuser la prise en charge d'un patient en dehors de consignes écrites.

Conclusion

Les infirmiers anesthésistes ne font pas de consultation ou de visite préopératoire ; ils ne disposent pas, en général de protocole écrit comme l'exige une réglementation infirmière mal adaptée aux fonctions de l'Iade.

La prise en charge du matériel d'anesthésie

97% des Iade déclarent assurer la vérification du matériel et 95% la maintenance (*figure 23*). Cette fonction importante de la profession est donc parfaitement prise en charge. Ils bénéficient peu du concours d'aide-soignants ou d'agents d'entretien (20% répondent "souvent" ou "toujours" et 66% "jamais").

Le registre de contrôle du site anesthésique est encore peu contrôlé et signé par le médecin anesthésiste-réanimateur. 61% des Iade interrogés répondent "jamais" ou "parfois", 24% "souvent" et seulement 15% "toujours".

Si le contrôle est exclusivement laissé à la charge de l'Iade, la responsabilité du médecin anesthésiste-réanimateur reste cependant engagée. Cette contrainte réglementaire à la charge des MAR est visiblement peu assumée.

La présence du médecin anesthésiste-réanimateur

La présence du médecin anesthésiste-réanimateur varie selon les différentes phases de l'anesthésie, lors de l'induction et en périodes peranesthésique et de réveil.

Lors de l'induction

En 1998, 54,7% des personnes interrogées répondaient que le médecin anesthésiste-réanimateur n'était pas présent au moment de l'induction et ceci particulièrement dans le secteur privé. Les Iade étaient surtout seuls dans les unités d'endoscopie et se voyaient confier les patients ASA I et ASA II (*figure 24*).

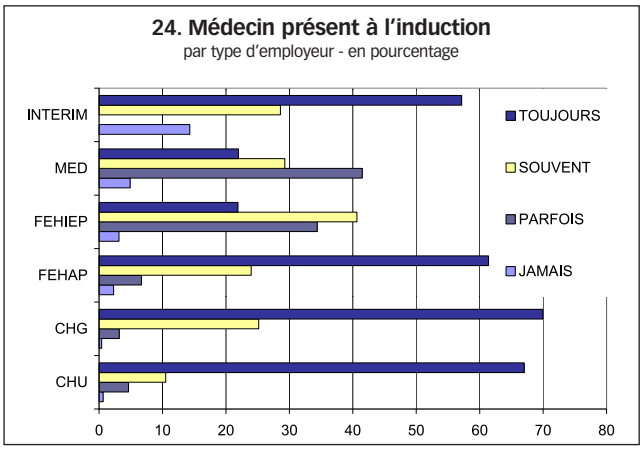
En 2001, le MAR est plus présent à l'induction ("toujours" 66%, "souvent" 25%). Les inductions ne sont pratiquement jamais réalisées par des infirmiers anesthésistes seuls ("parfois" 8%) ; "jamais" correspond à des infirmiers anesthésistes qui travaillent dans des territoires sans médecin anesthésiste-réanimateur. Cependant, on retrouve les mêmes clivages qu'en 1998 : la présence des médecins anesthésistes-réanimateurs est presque constante dans le secteur public, dans les EPPSPH et quand il s'agit d'un infirmier anesthésiste intérimaire. Dans le secteur privé, le médecin est plutôt "parfois" présent, surtout quand il s'agit d'un médecin employeur, et plus "souvent" présent quand il s'agit d'une clinique.

Une importante évolution a eu lieu, du moins en ce qui concerne l'induction. La classification des patients (score ASA) n'a pas été testée au cours de cette enquête.

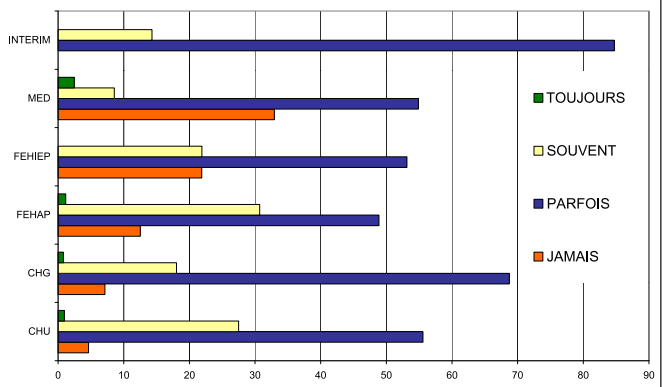
La période peranesthésique

À l'inverse, les MAR confient très volontiers aux IADE leurs patients pour le déroulement de l'anesthésie (*figure 25*).

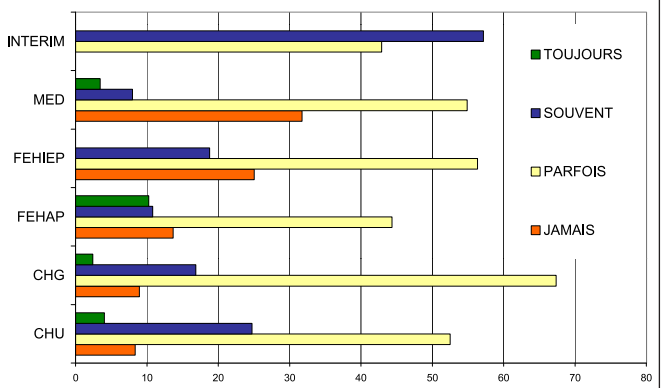
24. Médecin présent à l'induction
par type d'employeur - en pourcentage



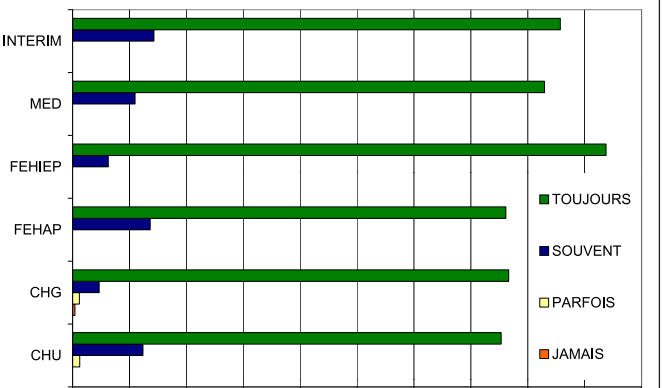
25. Médecin présent pendant l'entretien de l'anesthésie
par type d'employeur - en pourcentage



26. Médecin présent pendant le réveil du patient
en pourcentage de la population de chaque employeur



27. Médecin disponible
en pourcentage de la population de chaque employeur



Ils sont peu présents en permanence pendant l'intervention : "toujours" dans 1% , "souvent" dans seulement 23% des réponses. Ils sont plus généralement "parfois" présents dans 66% des réponses et "jamais" dans 10%. On observe la même tendance que pour l'induction ; ce sont les Iade travaillant dans le secteur privé qui répondent que les MAR, pendant cette période, sont peu présents (médecin employeur : "jamais" 33%, "parfois" 55%). Dans les CHU, ils sont un peu plus présents ; cela est sans doute lié à la gravité des patients ; dans les CHG, les MAR sont majoritairement "parfois" présents.

La période de réveil

En ce qui concerne la phase de réveil au bloc opératoire, les chiffres sont pratiquement superposables à ceux de la période opératoire. Les données 2001 sont proches de celles recueillies en 1998. Le clivage public/privé est le même (*figure 26*).

La disponibilité du médecin anesthésiste-réanimateur

Le médecin anesthésiste-réanimateur (MAR) est "toujours" disponible sur appel dans presque 98% des réponses, celles-ci se répartissant entre "toujours" et "souvent". "Toujours" peut atteindre 94% dans les cliniques, 83% chez les médecins employeurs ; ceux-ci déléguent aux Iade une part importante des périodes anesthésiques, mais conservent une supervision constante. Dans le secteur public, les médecins anesthésistes-réanimateurs peuvent n'être disponibles que "parfois". "Jamais" correspond aux Iade travaillant dans des contrées sans médecin anesthésiste-réanimateur (*figure 27*).

Conclusion

Il ne s'agissait pas dans cette question d'évaluer la présence du médecin anesthésiste-réanimateur, mais d'identifier les conditions de sécurité dans lesquelles travaillent les infirmiers anesthésistes et de montrer, contrairement à certaines allégations, que le travail en équipe et en complémentarité est parfaitement réalisé sur le terrain.

L'organisation de l'anesthésie se fait donc autour de la présence du médecin à l'induction, de la délégation de l'entretien de l'anesthésie et de la surveillance des patients aux Iade ; la supervision est assurée en permanence par le médecin disponible.

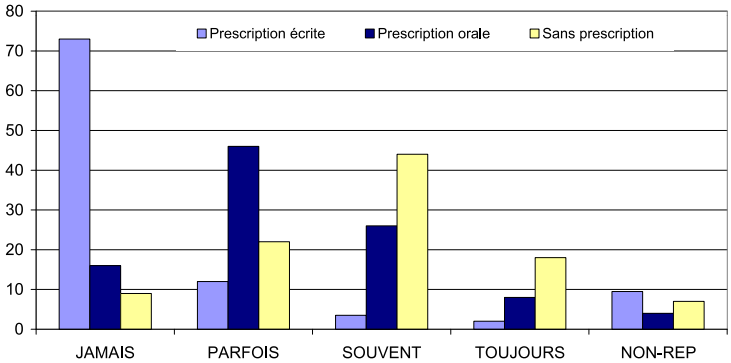
La présence "toujours" ou "souvent" des MAR correspond sans doute à des pathologies ou à des chirurgies plus lourdes.

On peut constater que cette répartition des tâches optimise les moyens humains sans nuire à la sécurité du patient du fait de la disponibilité du MAR et de la présence constante d'un personnel qualifié en anesthésie.

LA PRESCRIPTION

Les Iade interrogés indiquent qu'il existe peu ou pas de prescriptions écrites ("jamais" 73%). L'entretien se fait "parfois" et "souvent" sur prescriptions orales dans un tiers des réponses, mais, la plupart du temps, sans aucune prescription (deux tiers des réponses). Ceci rejoint l'absence de protocole écrit résultant de la consultation d'anesthésie (*figure 28*).

28. Prescription pour l'entretien de l'anesthésie
en pourcentage de la population totale



Les anesthésies loco-régionales

La population retenue pour cette partie de la question correspond aux personnes qui ont déclaré pratiquer l'anesthésie de manière constante : 899 Iade et 65 cadres, soit 964 personnes.

La participation aux anesthésies loco-régionales

89% des Iade participent à la pratique des anesthésies loco-régionales (ALR). Les 11% restant correspondent aux Iade qui travaillent dans des secteurs où l'on ne pratique pas d'ALR, tels le Smur, la réanimation, l'endoscopie, ou dans des spécialités chirurgicales qui n'en requièrent pas. On constate peu d'évolution depuis 1998 ; 94% des Iade interrogés déclaraient participer avec le MAR à la prise en charge des patients bénéficiant d'une anesthésie loco-régionale.

La pratique des anesthésies loco-régionales

44% des personnes interrogées répondent avoir pratiqué des ALR à des rythmes différents et finalement assez rarement : "parfois" pour 77,5%, "souvent" 18,5%, "toujours" 4%. En 1998, 35,1% déclaraient pratiquer des ALR en routine. Ces chiffres sont à nuancer par le fait que "parfois" peut être interprété comme une notion de fréquence de l'indication de la technique dans un service donné, dans l'ensemble de la pratique anesthésique. "Toujours" correspond en partie aux Iade travaillant dans des territoires d'outre-mer sans présence médicale.

Le chiffre de 44% n'est pas négligeable et montre que, malgré certains discours, un grand nombre de MAR continue à faire pratiquer des ALR aux infirmiers anesthésistes. Il va de soi que ce ne sont pas les Iade qui le décident de leur propre chef. Tous les patients étant vus en consultation par un MAR, on peut penser que le choix de la technique d'anesthésie est décidé à ce moment.

Le nombre de non-réponses (un tiers de la population) pose question alors qu'il pouvait être répondu "non" (*figure 29*).

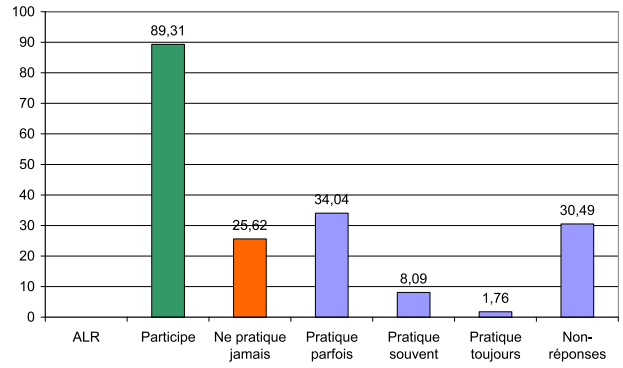
Le statut de l'employeur

La population de référence, pour l'exploitation qui suit, est de 423, chiffre correspondant aux Iade ayant déclaré pratiquer à un moment donné des ALR.

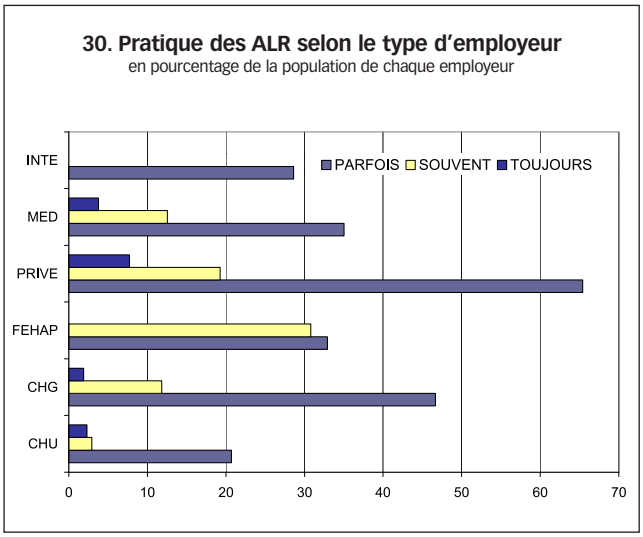
Le plus grand nombre provient des CHG, mais ceci correspond à la forte représentation de ce secteur dans l'enquête. Si l'on rapporte les données à la population recensée par type d'employeur, on constate que ce sont les Iade employés par les secteurs privés (cliniques, médecins employeurs, voire convention FEHAP) qui, proportionnellement, réalisent le plus fréquemment des actes d'ALR. Les Iade de CHG répondent surtout "parfois" et c'est dans les CHU que les Iade en pratiquent le moins (*figure 30*).

Par rapport à l'enquête de 1998, on constate une diminution dans les CHU, mais une sensible augmentation dans le secteur privé, déjà en première place à l'époque.

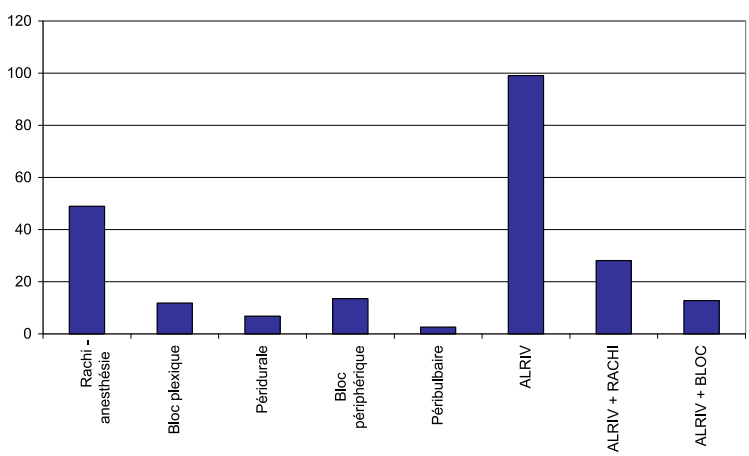
29. Participation et pratique des ALR par les Iade
en pourcentage de la population globale



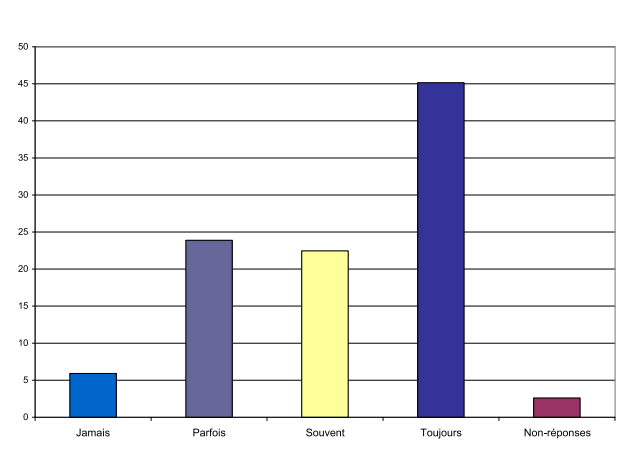
30. Pratique des ALR selon le type d'employeur
en pourcentage de la population de chaque employeur



31. ALR pratiquées par les Iade
en pourcentage du total des actes



32. Présence du MAR lors de la pratique de l'ALR par l'Iade
en pourcentage de la population



Les types d'ALR pratiqués

• **Les anesthésies loco-régionales** par voie intraveineuses (ALRIV) représentent 99% des gestes d'ALR pratiqués par les Iade et 45% de la population déclare ne pratiquer que cette technique.

• **La rachianesthésie :** 49% des Iade déclarent pratiquer des rachianesthésies dont 13% ne font que cette technique ; 28,13% font régulièrement des ALRIV et des rachianesthésies.

• **Les blocs plexiques et les blocs périphériques**, respectivement 13,5 % et 13% sont souvent associés à la pratique d'autres techniques dans les réponses.

• **L'anesthésie péridurale** est pratiquée de manière marginale par 29 Iade.

• **L'anesthésie péribulbaire** est pratiquée par 11 personnes (*figure 31*).

On observe, par rapport à 1998, une sensible diminution de la pratique par les Iade des rachianesthésies, des anesthésies péridurales et des blocs périphériques, mais une augmentation certaine des ALRIV.

Conclusion

Cette enquête n'est certes pas exhaustive, mais le nombre d'Iade pratiquant des ALR est relativement important. La réglementation relative aux actes professionnels de l'infirmier anesthésiste n'établit pas de réelle hiérarchie entre anesthésie générale et anesthésie loco-régionale, sauf pour les techniques comportant la mise en place d'un cathéter. On constate que la pratique d'ALR avec mise en place d'un cathéter par des Iade est extrêmement marginale. En revanche, pour les techniques plus couramment pratiquées (ALRIV, rachianesthésie), il convient de rappeler qu'elles peuvent être réalisées, comme tout geste technique, à condition qu'un MAR en ait validé la formation pratique et que le geste soit maîtrisé et non occasionnel (*figure 32*).

Il s'agit exclusivement d'un apprentissage sur le terrain, souvent lié à des besoins d'activité sans encadrement pédagogique, dont la validation est laissée à la seule appréciation de celui qui a enseigné la technique.

Le médecin est "toujours" présent dans trois quarts des réponses et "parfois" dans un quart des cas. Il n'a pas été précisé s'il s'agissait d'une présence physique auprès de l'Iade ou d'une disponibilité immédiate.

INTUBATION ENDOTRACHÉALE, POSE MASQUE LARYNGÉ, CATHÉTERS VEINEUX CENTRAUX, POSE ARTÈRE RADIALE

L'intubation trachéale et la pose de masque laryngé

Sur 964 personnes ayant des fonctions de soins en milieu hospitalier, 98% déclarent pratiquer l'intubation endotrachéale et 90% poser des masques laryngés en routine.

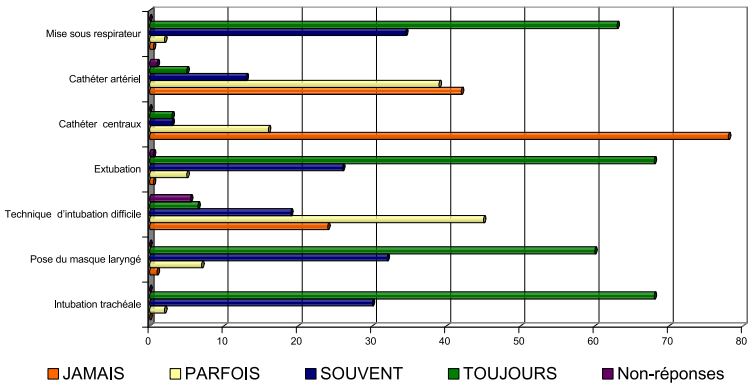
Mais seulement 25% pratiquent "souvent" ou "toujours" des techniques d'intubation difficile, "jamais" ou "parfois" dans trois quarts des cas. Les matériels le plus souvent utilisés sont le mandrin, le ML-Fastrach™ et, beaucoup plus rarement, le fibroscope.

Les Iade qui ne pratiquent "jamais" d'intubation difficile se rencontrent, surtout, dans les CHG et les CHU.

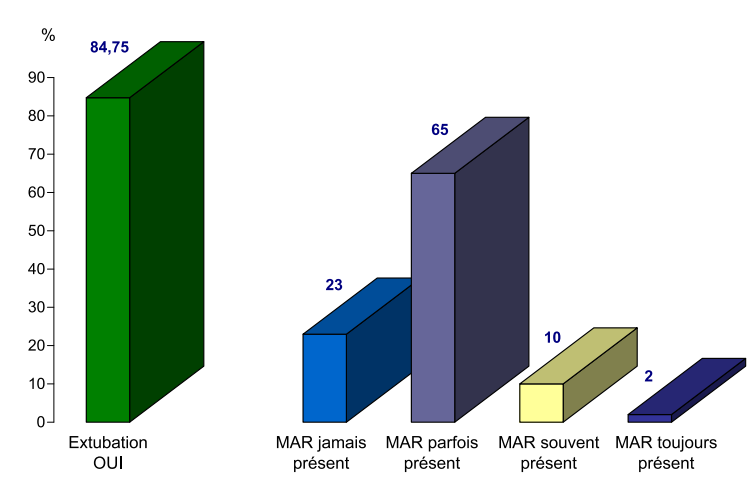
Cathéters centraux, cathéters artériels et l'intubation difficile

78% des personnes, qui exercent en anesthésie, déclarent ne "jamais" poser de cathéters centraux. Le chiffre est homogène entre les différents employeurs ; il en est de même pour celles qui déclarent ne jamais poser de cathéter artériel. Parmi la population qui a répondu "toujours" et "souvent" aux *items* : intubation difficile, pose de cathéter veineux central et de cathéter artériel, rapportée à la population de référence de chaque catégorie d'employeur, ce sont proportionnellement

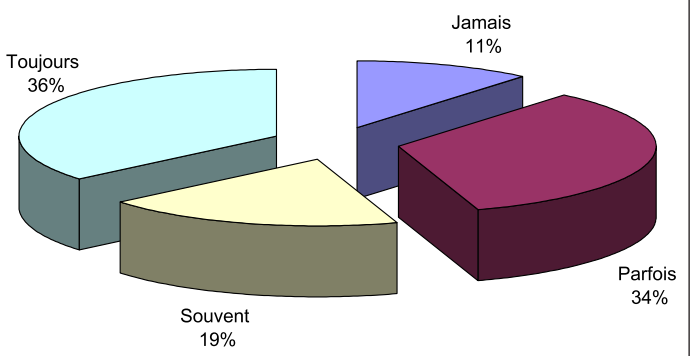
33. Pratique de l'Iade
en pourcentage de la population totale



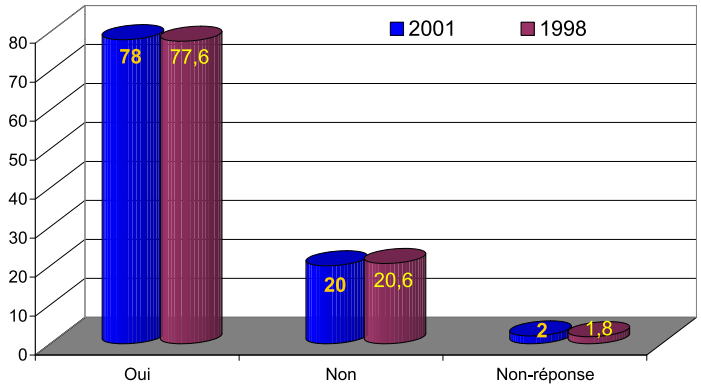
34. Extubation en SSPI et présence du médecin
en pourcentage des réponses à la question



35. Décision de sortie de SSPI prise par le médecin



36. Avez-vous participé à des formations continues en 2001 ?
en pourcentage de la population totale



les personnels du privé (FEHAP, clinique, médecin employeur) qui pratiquent le plus fréquemment ce type de gestes.
La ventilation des réponses positives, rapportée au nombre total d'actes pratiqués, montre que ce sont les personnels de CHG et de CHU qui posent le plus de cathéters dans l'artère radiale ; ceci correspond à la pathologie des patients et à la chirurgie plus lourde dans ce type d'établissement.

La mise sous respirateur

Dans tous les secteurs d'activité, les Iade assurent la mise sous respirateur des patients et le réglage des paramètres.

Conclusion

Les réponses sont à interpréter avec circonspection. La pose de cathéters centraux ou artériels n'est pas une pratique quotidienne. Ils correspondent à des indications précises et, finalement, ne se rencontrent que dans les services recevant des patients lourds, où la majorité des patients anesthésiés sont classés ASA I. Le petit nombre d'Iade signe à la fois la faible population qui pratique ce type d'actes et les indications restreintes (*figure 33*).

La salle du surveillance post-interventionnelle

Sur les 964 personnes qui déclarent avoir une activité de soins en anesthésie, 85% pratiquent l'extubation des patients (*figure 34*), ce qui correspond à plus de 100% des Iade qui ont déclaré travailler en salle de surveillance post-interventionnelle (SSPI). Il faut être prudent, car le nombre de réponses à cette question est même supérieure au nombre d'Iade assurant la SSPI. On peut supposer que ce sont des activités au cours des permanences ou des astreintes qui augmentent le chiffre ; mais il peut également correspondre à des Iade qui interviennent uniquement en SSPI pour l'extubation du patient, alors que la surveillance est confiée à des infirmiers diplômés d'État.
Les médecins anesthésistes-réanimateurs sont présents ("toujours" et "souvent") lors de 12% des extubations, "parfois" dans les deux tiers des réponses et "jamais" dans un quart. La formation d'Iade permet, tout à fait, d'assurer l'extubation d'un patient en toute sécurité. Les MAR délèguent donc largement l'extubation et la surveillance des patients en SSPI aux Iade.
La décision de sortie de SSPI est "toujours" ou "souvent" prise par le médecin dans la majorité des cas, 55%, et "jamais" dans seulement 11%.
NB : Cette exigence réglementaire devrait être totalement assumée par les médecins anesthésistes-réanimateurs (*figure 35*).

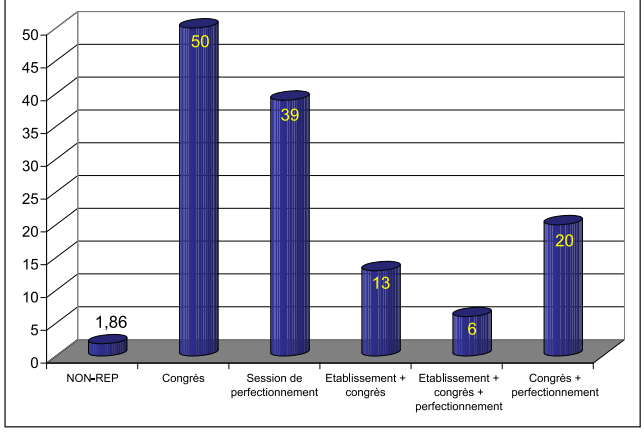
La formation

La formation continue

La fréquence

Les personnes interrogées ont répondu à 78% avoir participé à une ou plusieurs formations continues au cours de l'année 2000, ce qui correspond aux trois quarts des Iade et à 93% des cadres (*figure 36*). Elles étaient 77,63% en 1998. Les cadres suivent plus de formations que les Iade, en moyenne 2,5 actions par an et par personne contre 1,3 pour les Iade.

37. Type de formation
en pourcentage de la population totale

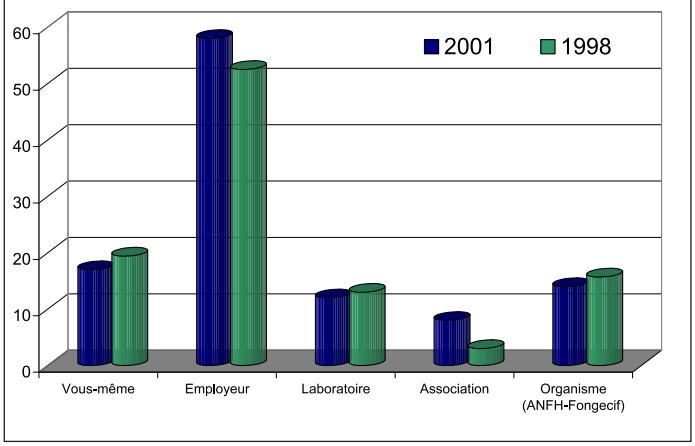


Les types de formation (*figure 37*)

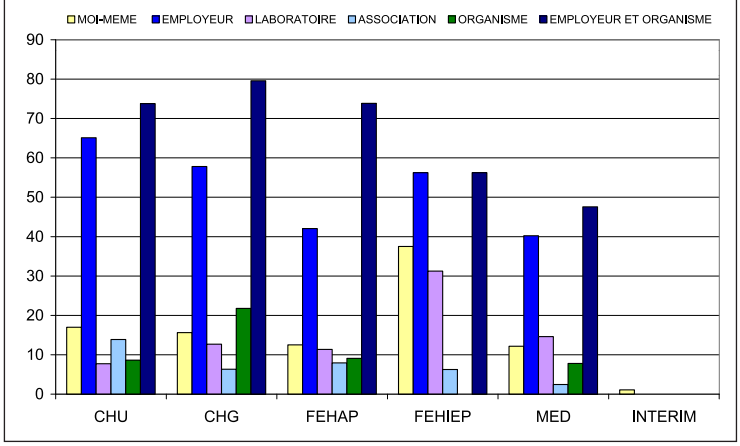
• **Les Iade :** les trois quarts des Iade suivent des formations sous forme de congrès ou de journées de perfectionnement et un quart sous forme de sessions organisées par l'établissement. L'externalisation de la formation s'explique par la faible population des Iade dans un hôpital, pour lequel organiser une formation spécifique aurait un coût important. Par ailleurs, les besoins sont centrés sur les évolutions de la spécialité. Les programmes des congrès et des journées de perfectionnement répondent bien à cette attente.

Enquête SNIA

38. Financement des formations continues
exprimé en pourcentage de la population totale



39. Financement de la formation
en pourcentage de la population travaillant dans chaque secteur



Parmi les réponses, un certain nombre correspond à un cumul de plusieurs formations dans l'année.

• **Les cadres :** ils suivent plus de formations organisées par les établissements, mais ils sont aussi très présents aux congrès et journées de perfectionnement. Ils bénéficient au total de plus de formations que les Iade, ce qui peut s'expliquer tant par la nécessité de maintenir ses connaissances dans la spécialité que de se perfectionner dans les techniques de management et de gestion.

Le nombre de jours par an

La définition de la médiane montre que, parmi les Iade, 50% ont suivi trois jours et plus de formation, soit 389 personnes (57,72% de la population) ; chez les cadres, 50% de la population ont suivi cinq jours de formation et plus, soit 66 personnes (57,39% de la population). Le nombre de jours de formation plus important pour les cadres correspond à la double nécessité de formation dans le domaine de la spécialité et celui de management. La durée s'est allongée depuis 1998 d'une journée en moyenne. La fréquence est restée stable, ce qui traduit l'augmentation de la durée des actions de formation.

Le financement

340 personnes ont bénéficié d'au moins deux types de financement, dont 266 Iade et 66 cadres. Si l'on associe les financements par l'hôpital et les organismes de financement, cela représente 93,5% des prises en charge du total des formations suivies, soit 90,97% des actions suivies par les Iade et 104,34% de celles suivies par les cadres.

Les cadres bénéficient plus de financement par les établissements hospitaliers que les Iade. La participation des laboratoires et des associations est souvent en faveur des cadres, même si ce type de financement est marginal.

Si l'on considère le statut de l'employeur, les Iade travaillant en intérim s'autofinancent à 100% et seulement deux d'entre eux ont suivi une formation au cours de l'année 2000. À l'inverse, les personnels des établissements publics et de EPPSPH bénéficient d'un large financement par l'hôpital et les organismes de formation, alors que, dans le secteur privé, ce sont l'autofinancement et la participation de l'employeur qui permettent de suivre ces formations. La participation des laboratoires a permis à 128 personnes de suivre une formation en 2000 ; ce sont, proportionnellement, les personnels des cliniques qui en ont bénéficié le plus ; à l'inverse, la contribution des associations profite surtout au personnel du secteur public (*figures 38 et 39*).

Le nombre de formations suivies par an

53% des personnels infirmiers anesthésistes employés dans le secteur public, les EPPSPH et chez les médecins, ont suivi une formation dans l'année contre seulement 28% de ceux qui travaillent en clinique et en intérim. Les employeurs hospitaliers privés et publics permettent à environ 20% de leur personnel de suivre deux, voire trois formations par an. Dans une faible proportion, quatre formations, généralement réservées aux personnels d'encadrement, peuvent être octroyées. Ces données sont stables depuis 1998 (*figure 40*).

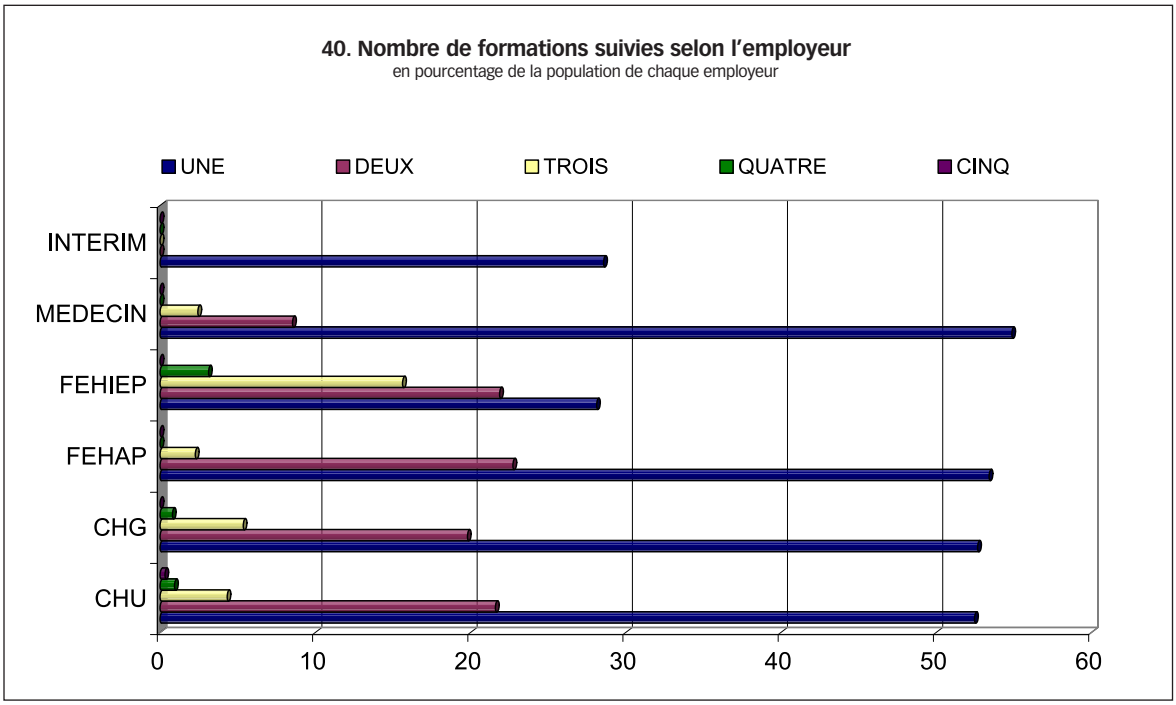
Conclusion

La participation à des formations peut paraître très élevée chez les personnels d'anesthésie, mais ceux-ci appartiennent à une spécialité évolutive et à risque ; par ailleurs, ils sont portés par la culture générale de la spécialité. Les journées de perfectionnement ou les congrès sont souvent organisés par des associations d'infirmiers anesthésistes. Il en existe actuellement plus de 12 aux niveaux régional et national, qui peuvent regrouper entre 250 et plus de 1 000 personnes.

Les personnels d'anesthésie n'hésitent pas à recourir à toutes les possibilités de financement pour assurer leur formation ; ils suivent des formations plus longues que dans les années antérieures. On observe que c'est le personnel travaillant par intérim et, à un moindre degré, ceux du secteur privé lucratif qui bénéficient d'un moindre financement et qui participent le moins à des sessions de formation.

LA FORMATION OBLIGATOIRE

Une importante majorité se prononce pour le caractère obligatoire de la formation : 83% des Iade et 90% des cadres en 2001 ; ceci confirme les données de 1998 (*figure 41*). Cette demande est retrouvée quel que soit l'employeur, excepté chez les infirmiers anesthésistes travaillant en intérim (*figure 42*).



La question relative à la notion d'obligation pouvait apparaître comme une question filtre ayant entraîné des non-réponses.

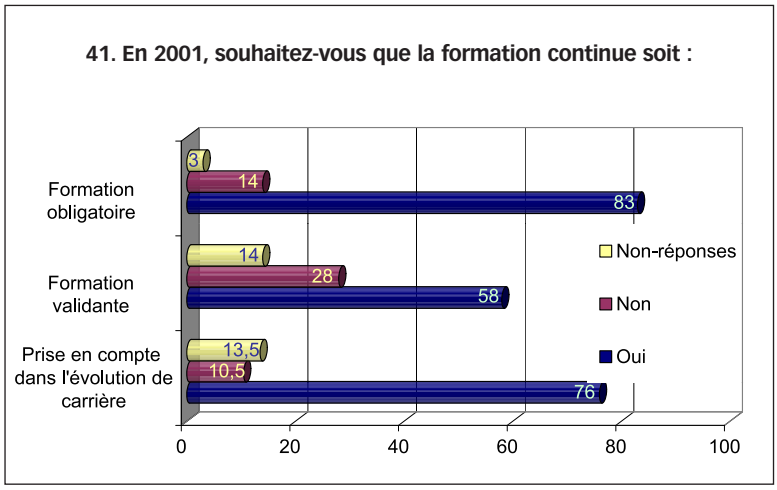
La formation validante

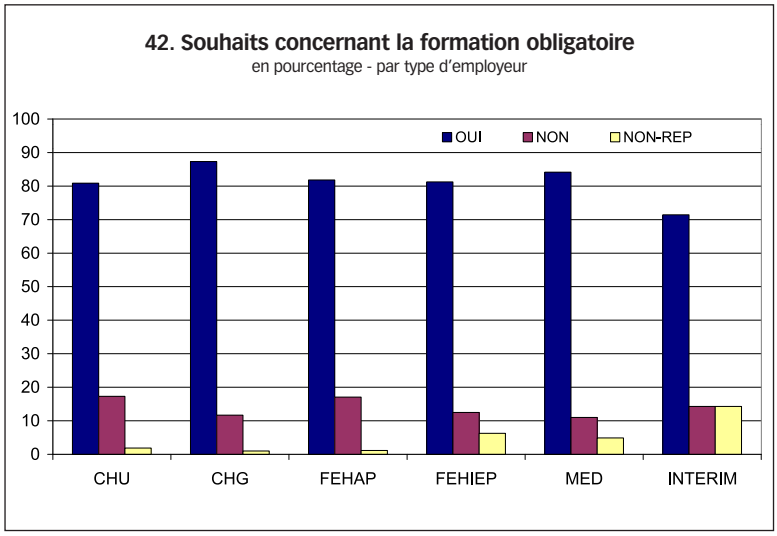
58% de la population se prononce pour une formation validante, soit 69,5% de ceux qui souhaitent qu'elle soit obligatoire. Les cadres se prononcent majoritairement en faveur du caractère validant à 76% contre 55,5% pour les Iade. Mais si l'on rapporte les chiffres à la population qui a répondu "oui" à obligatoire, la proportion est très supérieure, 67% pour les Iade et 84% pour les cadres. Ils étaient 74% en 1998. La différence provient du filtre mis dans l'enquête de 2001, ce qui rend la comparaison difficile.

Les réponses négatives sont homogènes dans les deux groupes, entre 14% et 15%. Ce sont les infirmiers anesthésistes employés par les médecins et ceux travaillant en intérim qui y sont le moins favorable. Ceci est compréhensible par le fait qu'ils ne dépendent ni de la fonction publique hospitalière, ni d'une convention collective (*figure 43*).

La prise en compte dans le déroulement de carrière

76% de la population globale répond "oui" à la prise en compte de la formation dans le déroulement de la carrière, soit les trois quarts des Iade et 89% des cadres. Le taux important de



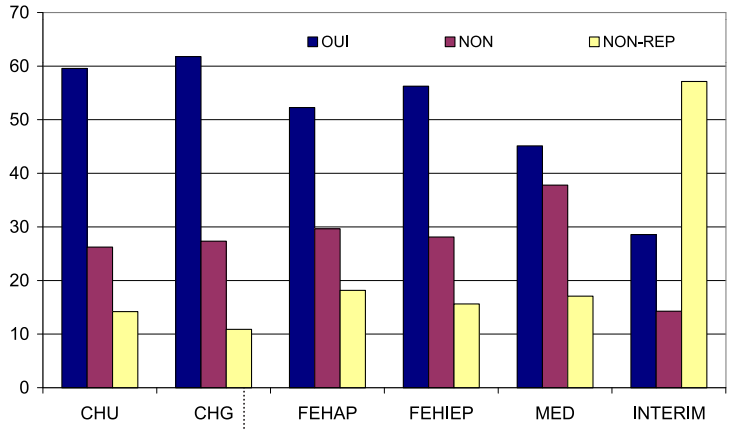
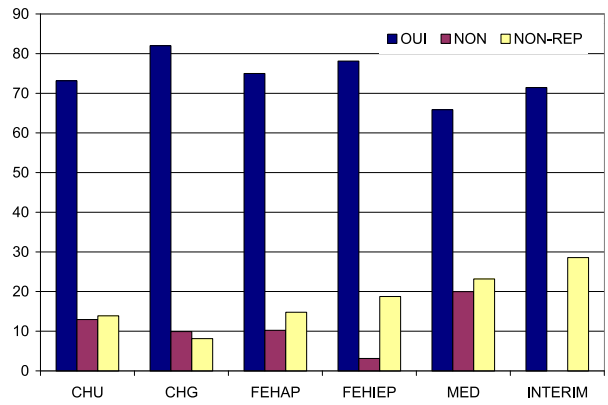


cadres s'explique, sans doute, par le souci que ceux-ci ont de leur propre formation, ainsi que par la nécessité d'avoir des équipes de professionnels compétents et bien formés, garantissant la qualité des soins et la sécurité des patients. Les chiffres sont proportionnellement plus importants par rapport à la notion de formation obligatoire, pour atteindre 91,5% pour les Iade et 90,6% pour les cadres. Les Iade du secteur public sont favorables à cette mesure ; ils y voient une amélioration statutaire, en terme d'avancement ou de prime. À l'inverse, les Iade employés par les sociétés d'intérim ou les groupements médicaux sont les plus réticents, mais dans de faibles proportions ; il faut reconnaître que les contrats de travail établis dans ces secteurs ne constituent pas de carrières à proprement parler (*figure 44*).

Conclusion

La formation est sensiblement mieux financée dans le secteur public. Les infirmiers anesthésistes travaillant en intérim sont de loin les plus pénalisés. On note, cependant, un progrès dans le secteur privé par rapport à 1998. ■

43. Souhaits concernant la formation validante
en pourcentage par type d'employeur



44. Souhaits concernant la formation prise en compte dans la carrière
en pourcentage de la population de chaque employeur