

**Ecole d'infirmiers anesthésistes**

**DENHEZ Eve**

# **TRANSFERT DE COMPETENCE DANS LE BINOME MAR IADE**

**Travail d'Intérêt Professionnel pour le Diplôme d'Etat d'Infirmier Anesthésiste**

**Promotion 2006-2008**

**Centre Hospitalier Régional et Universitaire de LILLE**

## **Remerciements**

Je tiens à remercier toutes les personnes qui ont accepté de m'accorder de leur temps pour permettre la réalisation de ce travail,

Mme BOUDIGUET, directrice de l'école d'Infirmiers Anesthésistes du CHRU de LILLE,

Mr DESTRIEZ, cadre de santé au CH de Tourcoing,

Mr Jérémie CANDAS, pour m'avoir aidée à mettre en ligne le questionnaire,

Mr Maxime DARDE, IADE, webmaster et administrateur du site [www.laryngo.com](http://www.laryngo.com), pour avoir créé et entretenu un espace internet pour la diffusion du questionnaire,

Mr Olivier ALAIN, IADE,

Toutes les personnes ayant participé à l'enquête,

Thomas, pour son aide et son soutien.

# Table des matières

|                                                                   |    |
|-------------------------------------------------------------------|----|
| INTRODUCTION.....                                                 | 4  |
| CADRE CONCEPTUEL.....                                             | 5  |
| 1. LE TRANSFERT DE COMPETENCE.....                                | 5  |
| 1.1 LES ETAPES.....                                               | 5  |
| 1.2 APPROCHE SEMANTIQUE.....                                      | 6  |
| 1.3 SITUATION A L'ETRANGER: LES PRATIQUES AVANCEES.....           | 7  |
| 1.4 SITUATION ACTUELLE EN FRANCE.....                             | 10 |
| 1.5 TRANSFERT DE COMPETENCE ET ANESTHESIE.....                    | 12 |
| 1.6 ENJEUX ET CONSEQUENCES.....                                   | 13 |
| 2. LEGISLATION.....                                               | 14 |
| 3. LES POSITIONS DES SOCIETES SAVANTES ET DES SYNDICATS IADE..... | 16 |
| 3.1 SNIA.....                                                     | 16 |
| 3.2 SFAR.....                                                     | 16 |
| 3.3 CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MEDECINS.....                 | 17 |
| 3.4 OMS.....                                                      | 18 |
| 4. QUELQUES CONCEPTS.....                                         | 18 |
| 4.1 COLLABORER.....                                               | 18 |
| 4.2 SE POSITIONNER.....                                           | 18 |
| 4.3 LA CONFIANCE.....                                             | 19 |
| ANALYSE.....                                                      | 21 |
| 1. METHODOLOGIE.....                                              | 21 |
| 1.1 L'OUTIL.....                                                  | 21 |
| 1.2 DEROULEMENT DE L'ENQUETE.....                                 | 21 |
| 2. POPULATION ETUDIEE.....                                        | 22 |
| 2.1 ANCIENNETE.....                                               | 22 |
| 2.2 SECTEUR D'ACTIVITE.....                                       | 22 |
| 3. ANALYSE.....                                                   | 23 |
| 4. EN RESUME.....                                                 | 39 |
| CONCLUSION.....                                                   | 40 |
| BIBLIOGRAPHIE.....                                                | 41 |
| ANNEXES.....                                                      | 44 |
| ANNEXE I: QUESTIONNAIRE.....                                      | 45 |
| ANNEXE II: EXPLOITATION DE QUESTIONNAIRE.....                     | 50 |

# INTRODUCTION

Ce travail fait suite au Travail d'Intérêt Professionnel de Mr Olivier ALAIN<sup>1</sup>. Ce dernier portait sur le travail en collaboration entre le médecin anesthésiste réanimateur (MAR) et l'infirmier anesthésiste (IADE), ainsi que son avenir dans un contexte avéré de pénurie concernant les médecins anesthésistes. Il concluait son travail en exposant les différentes pistes de réflexion proposées par les experts. Celles-ci incluaient le transfert de compétence.

En 2003, se basant sur les études menées dans de nombreux pays européens et nord américains, le ministre de la santé confiait à Mr le Doyen Yvon BERLAND la mission de mener une analyse approfondie des coopérations qui pourraient être organisées en France entre les médecins eux-mêmes, et entre les médecins et les autres professions de santé médicales et paramédicales. La notion de transfert de compétence était alors d'ores et déjà citée par le ministre comme nécessaire à bon nombre de ces coopérations, et qu'il se traduirait par « une redéfinition des contours des métiers pour l'avenir ».

Depuis le rapport BERLAND en 2003, des expériences de coopérations entre professionnels ont été mises en place. Aucune ne concerne l'anesthésie.

La notion de transfert de compétence entre le MAR et l'IADE est peu évoquée alors que les sociétés savantes et les syndicats des deux parties insistent sur la complémentarité incontournable du binôme, et alors que le contexte démographique concernant les MAR semble présager un retentissement sur la discipline.

Existe t'il un transfert de compétence informel entre le MAR et l'IADE au cours de la prise en charge anesthésique?

Si oui ou non, est ce que certains actes qui composent la prise en charge anesthésique sont ressentis comme relevant d'un transfert de compétence par les IADE?

---

<sup>1</sup> Le binôme MAR IADE, O. Alain, Ecole d'IADE du CHRU de Lille, 2007.

# CADRE CONCEPTUEL

Ce cadre conceptuel se doit de débiter en posant les contours du terme principal de la problématique: le transfert de compétence. De quoi s'agit-il? Pourquoi a t'il été évoqué en France? Qu'en est-il à l'étranger?

## **1.LE TRANSFERT DE COMPETENCE**

### **1.1 LES ETAPES**

- Novembre 2002 : le Doyen Y. BERLAND remet un rapport au ministre de la santé , de la famille et des personnes handicapées concernant l'évolution démographique des professionnels de santé. Il y présente dix propositions sur l'organisation des soins et les coopérations possibles entre professionnels de santé.
- Mars 2003 : le ministre de la santé confie au Pr BERLAND la mission de mener une analyse approfondie des expériences mises en place en France pour pallier aux difficultés locales et des coopérations qui pourraient être organisées.
- Juillet 2003 : le Pr BERLAND publie son rapport « Coopération des professions de santé : le transfert de tâches et de compétences ».
- Décembre 2003 : treize expérimentations sont retenues par les professionnels concernés à l'issue d'une rencontre au ministère de la Santé.  
Elles concernent diverses spécialités : la cardiologie (échographie cardiaque), la néphrologie (suivi des dialysés), la diabétologie (consultation diététique), l'oncologie (infirmière clinicienne et dosimétriste), l'imagerie médicale (échographie, traitement de l'image), la gastro-entérologie (infirmière clinicienne), l'ophtalmologie (collaboration avec orthoptistes), la médecine générale (offre de nouveaux services) et le transport sanitaire.
- Janvier 2004 : pour que ces expériences ne relèvent pas de l'exercice illégal de la médecine, le ministre de la santé fait ajouter l'article 131 lors de la discussion sur la loi de santé publique au Sénat. Il comprend six domaines d'expérimentation. L'expérience au SAMU-SMUR de Toulon est retirée par la suite.
- Juillet 2006 : l'ONDPS<sup>2</sup> conclut que « tous les projets présentés montrent qu'il est possible pour des professionnels paramédicaux de réaliser des actes médicaux sans

---

2 Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé.

danger pour les patients, au prix d'une réorganisation des processus de travail et d'une étroite collaboration avec les médecins ».

La Haute Autorité de Santé (HAS) est chargée par le ministre de la santé et des solidarités d'établir une recommandation sur la coopération entre professionnels de santé. La démarche expérimentale est prolongée jusqu'en 2007, elle a pour objectif d'évaluer, au-delà de leur faisabilité, l'impact de ces nouvelles formes d'organisation sur le système de santé. Elle est menée par un comité de pilotage regroupant des membres de la HAS et de l'ONDPS; un conseil scientifique est garant de la rigueur de la démarche d'évaluation.

La HAS publie un rapport préparatoire « La formation des professionnels pour mieux coopérer et soigner » dans lequel est dressé un état des lieux des formations, des perspectives d'évolution et de l'interaction des professions de santé

- Décembre 2007 : Le rapport sur les « Cinq expérimentations de coopération et de délégation de tâches entre professions de santé » est publié.

La H.A.S publie un rapport d'étape « Délégation, transfert, nouveaux métiers....Conditions des nouvelles formes de coopération entre professionnels de santé » et lance une consultation publique sur ce projet.

La consultation et la mise en débat des orientations, proposées dans le projet, constituent la dernière étape de l'élaboration de la recommandation sur les nouvelles formes de coopération entre professionnels de santé. En invitant tous les professionnels et tous ceux qui se sentent concernés par le développement des nouvelles formes de coopération à s'exprimer sur ce projet, la HAS souhaite mettre en œuvre une démarche de réflexion concertée permettant de recueillir avec transparence les avis et attentes de l'ensemble des acteurs.

- Avril 2008 : la HAS publie « Délégations, transferts, nouveaux métiers....Comment favoriser des formes nouvelles de coopérations entre professionnels de la santé? »

## **1.2 APPROCHE SEMANTIQUE**

Une tâche est un ouvrage que l'on donne, ou que l'on se donne à faire.

Une compétence est une capacité reconnue en une matière. C'est l'aptitude d'une personne à décider.

La coopération est l'action de participer à une action commune qui repose sur la responsabilité de chacun. Elle est caractéristique de la pratique des professions de santé. Ce terme générique comporte plusieurs modalités dont la délégation et le transfert.

Déléguer, c'est permettre à quelqu'un d'agir à sa place après lui avoir donné les pouvoirs nécessaires.

Transférer, c'est céder.

Le transfert de compétence des professions médicales aux professions paramédicales devrait signifier que le médecin cède aux auxiliaires médicaux des compétences qui lui appartenaient et qui seraient désormais du ressort de ces derniers.

Cette notion ne peut s'entendre sur un plan sémantique comme réduite à une délégation d'actes ou de tâches, ni à une transmission d'un savoir-faire technique. La notion de compétence introduit une capacité d'analyse, de discernement, de jugement, de décision, donc une relative autonomie. La notion de transfert relève d'une action de transposition (faire en lieu et place de).

L'exercice de la médecine en France s'est structuré autour de l'activité des médecins, positionnant les paramédicaux comme des aides pour l'activité médicale, sous la seule responsabilité des médecins. La profession médicale se trouve au centre de la construction, les compétences des autres professions étant construites comme des dérogations au monopole médical, protégé par l'exercice illégal de la profession. L'écart entre les professions est entériné par la différence de cursus, la formation des médecins se distinguant par sa durée et par le fait qu'elle soit universitaire.

Le transfert de compétence annonce un remaniement du principe de l'organisation des soins en France. Il implique un travail de collaboration, de partage des tâches et des connaissances, de savoir-faire acquis et d'expériences, sur lequel et dans lequel les deux protagonistes et partenaires ont nécessité de travailler de façon rapprochée, ceci tant dans la conception, l'élaboration du travail partagé, la formation qu'impliquent ce transfert que sur le terrain dans le partage des tâches. Elle demande donc une confiance entre les collaborateurs.

A l'étranger, le transfert de compétence est un exercice connu depuis plusieurs décennies, il a fait naître de nouvelles professions qui ont depuis prouvé leur légitimité et leur utilité. Ces dernières sont aujourd'hui bien définies et structurées.

### **1.3 SITUATION A L'ETRANGER: LES PRATIQUES AVANCEES**

D'une manière générale, les pratiques avancées naissent, d'une part, dans un contexte de pénurie médicale associée à de nouvelles demandes sociales (accès à

l'information, démocratie sanitaire) et, d'autre part, dans un contexte d'évolution technologique importante avec l'émergence de nouvelles technologies (robotique, communication). Il s'agit alors de permettre à un plus grand nombre de patients d'accéder à leur demande de soins et de permettre au médecin de se concentrer sur la partie la plus pointue de son expertise.

De nombreux travaux et études menés à l'étranger depuis le début des années soixante-dix, et particulièrement dans les pays anglo-saxons, posent et testent l'hypothèse selon laquelle une évolution du « *skill mix* » (désigne la composition de l'équipe soignante) est non seulement efficace mais aussi efficiente.

Le terme de « *Advanced Nursing Practice* » apparaît en Angleterre dans les années soixante. D'une manière générale, elles concernent la prise en charge d'un patient ou d'une population en amont et en aval de l'intervention médicale. En amont, il s'agit d'anticiper par des actions de promotion santé, d'éducation et de prévention, de préparer l'intervention médicale par une pré-orientation diagnostique. En aval, il s'agit d'assurer le suivi, la permanence de soins, la surveillance rapprochée, anticiper les complications, dans une prise en charge au long cours dans les domaines des pathologies chroniques et des personnes âgées

Les domaines des applications de pratiques avancées ont été appréhendés à travers « le chemin clinique du patient ».

Aux Etats Unis, les nouvelles professions issues du transfert de compétence ont été créées dans les années soixante.

Le *Physician Assistant* remplit des fonctions similaires à la *Nurse Practitioner* mais sans posséder le diplôme infirmier. Il reste sous la responsabilité du médecin.

La *Clinical Nurse Specialist* exerce toutes les activités de l'infirmière, mais ses compétences, plus développées, lui permettent de les pratiquer dans des situations plus complexes ou en aide aux équipes de soins. Elle peut exercer conjointement ou non les fonctions suivantes : expert clinique dans un domaine de spécialisation, enseignante, conseillère-consultante, chercheur, manager.

La *Nurse Practitioner* intègre le soin, le curatif et le conseil. Elle exerce, en association et en sus de son activité infirmière, des activités médicales de diagnostic (anamnèse, examen clinique...), de prescription (examens, médicaments...), d'actes médicaux. Elle pratique donc une activité infirmière plus une part précise d'activité médicale, déterminée selon les



lieux de l'exercice. Le degré d'autonomie de ces infirmières est important comparativement au *Physician Assistant*, qui travaille tout le temps sous la responsabilité et sur prescription du médecin.

La formation est située à un niveau Master dans les trois cas ; les infirmières en soins généraux ayant acquis un *bachelor*.

Concernant l'anesthésie, la *nurse anesthetists* délivre des actes d'anesthésie générale et loco-régionale sans supervision du médecin anesthésiste, après que ce dernier ait effectué une consultation préanesthésique et indiqué une technique pour ce patient.

Au Canada, la pratique infirmière avancée couvre deux types d'exercice : les infirmières cliniciennes spécialisées et les infirmières praticiennes. Ces dernières sont reconnues au Canada depuis les années soixante-dix. La pratique infirmière est ici à un niveau avancé ce qui maximise l'utilisation des compétences spécialisées et du savoir infirmier approfondi pour répondre aux besoins des patients dans le domaine de la santé (particuliers, familles, groupes ; populations ou collectivités au complet).

D'autres pays s'engagent ou se sont engagés dans la voie des infirmiers en pratiques avancées.

Au Royaume Uni, l'agence de réglementation de la profession infirmière tente d'élaborer un cadre visant à reconnaître un niveau de pratique supérieur. L'Irlande travaille dans le même sens. D'autres pays ont mis en place des formations de niveau master : la Suisse (institut de la science en soins de l'université de Bâle) ; la Jordanie et le Pakistan.

En Hollande, le travail dans le domaine de la pratique infirmière avancée a commencé en milieu hospitalier en 1997.

En Espagne, un processus de certification de la pratique avancée existe depuis 2005.

En Suède, des programmes éducatifs ont été établis en 2003 pour la pratique avancée infirmière dans le domaine des soins primaires.

Le Liban, qui forme à l'université Saint Joseph des infirmiers au diplôme d'Etat français, a créé une licence en soins infirmiers, un master et prépare la mise en place d'un doctorat en sciences infirmières.

La Nouvelle Zélande et l'Australie ont proposé des normes et des compétences mutuelles définissant la pratique avancée des infirmiers. Cette pratique a été légalisée en 2001, même si elle existait depuis plusieurs années.

Le Danemark offre des masters ainsi que des doctorats en sciences des soins, mais n'a toujours pas obtenu d'approbation nationale pour un rôle infirmier en pratique avancée.

Ces exemples mettent en exergue ce qui semble être les pendants du transfert de compétence: un niveau plus élevé de qualification et l'acquisition de nouvelles responsabilités.

A l'heure actuelle, certains pays européens comme l'Espagne, l'Italie, ou certains pays de l'Europe de l'Est ont intégré les écoles d'infirmières dans un cycle universitaire de « Licence-Master-Doctorat ». En France, cette conversion est évoquée comme nécessaire afin de rendre possible les nouvelles formes de coopérations entre professionnels de la santé.

Chez nous, de nouvelles professions tentent bien de prendre leur essor mais restent néanmoins marginalisées.

## **1.4 SITUATION ACTUELLE EN FRANCE**

En France, les pratiques dites avancées telles qu'entendues dans le sens anglo-saxon existent, mais ne sont pas repérées comme telles. Elles se développent depuis une vingtaine d'années sans aucune reconnaissance, sinon celle implicite du médecin.

- Des infirmiers ayant développé une expertise ciblée.

Ces infirmiers ont acquis une compétence plus poussée et ciblée sur des outils (ex. mise en place du dossier de soin), sur des dispositifs (ex. qualité hygiène), sur des techniques (ex. endoscopie), sur des populations spécifiques (ex. personnes porteuses de stomie, en fin de vie, diabétiques, asthmatiques), en coopération avec l'équipe médicale et souvent renforcée par une formation continue (ex. DU), par la participation à des colloques, rencontres, groupes de travail.

- Des infirmiers de recherche clinique

L'infirmier de recherche clinique collabore à la réalisation d'un ou plusieurs essais sur un ou plusieurs sites de recherche clinique. Il s'agit davantage d'aide à la recherche médicale et rarement ou jamais de recherche en soins infirmiers.

Ne pouvant être investigateur principal, les infirmiers n'ont, de fait, pas accès à la définition de l'objet de recherche ni au développement de la méthodologie qu'il induit. Le rôle essentiel de l'infirmier de recherche clinique consiste donc à assister l'investigateur tout au long de l'essai, de l'initiation à la clôture de l'essai clinique à son cabinet médical ou dans un service hospitalier.

- Des infirmiers coordonnateurs

Des infirmiers assurent la programmation et la coordination des équipes comme celles des parcours des patients (entrées-sorties). Cela peut constituer une délégation de mission du cadre de santé ou d'un médecin coordonnateur (ex. urgences).

L'infirmier coordonnateur se définit encore comme un soignant, même si sa fonction de coordination comprend également une activité de représentation du réseau auprès des professionnels de santé et des usagers. Dans certaines structures de grande taille apparaît une fonction d'infirmier de coordination qui peut devenir une véritable interface entre l'hôpital (notamment les urgences) et les différentes structures d'accueil à l'extérieur. La finalité de ces postes est de réduire ou d'éviter le temps de passage aux urgences en organisant très vite un retour sur des structures d'aval (SSR, EHPAD, soins à domicile...).

- Des infirmiers « de pratique avancée »: les cliniciens

Les « infirmiers cliniciens », dont l'appellation n'est pas reconnue officiellement, ont souvent suivi une formation, qui pour le moment n'existe en France que dans le cadre d'organismes de formation continue privés, sans contrôle du ministère de la santé. Ils exercent leur activité sur le champ du rôle actuel de l'infirmier. Ils sont souvent positionnés dans les services comme une aide aux équipes pour analyser des situations complexes de soins, et peuvent être amenés à faire des consultations dites « infirmières » auprès de patients pour des entretiens de conseils, d'information, d'éducation, d'aide, de soutien, de suivi de la personne dans ses conditions de vie avec une pathologie ou un handicap.

- Les infirmiers « de pratique avancée », comprenant la réalisation d'actes médicaux supplémentaires

Les infirmiers de pratique avancée, ou « *nurse practitioner* », si on considère que ce sont ceux qui réalisent des activités médicales supplémentaires à leur exercice infirmier légal actuel, ne devraient donc pas exister en France sauf dans le cadre des expérimentations.

En réalité, ce type de liaison particulière entre un médecin et un infirmier est parfois rencontré. Le médecin travaille avec un professionnel jugé plus compétent, et il lui confie alors des actions au-delà de son champ propre qu'il contrôle lui-même. Le montage est très personne-dépendante.

L'histoire de la médecine montre que le partage des rôles entre spécialités médicales et entre professionnels autour du patient est en perpétuelle évolution. Le contenu des métiers s'est adapté au cours du temps en fonction de l'émergence de problèmes de santé publique, des progrès de la recherche scientifique et des innovations cliniques et techniques (découverte de l'asepsie, radiologie, radiothérapie...) et, aussi, des évolutions

plus générales de la société.

Les pratiques de coopération qui modifient la répartition traditionnelle des rôles et des tâches entre professions médicales et paramédicales restent aujourd'hui peu connues bien que répandues. La reconnaissance et l'encadrement de ces pratiques issues du terrain, dont certaines se développent en dehors de tout cadre légal ou réglementaire, renvoient à deux enjeux fondamentaux.

Premièrement, la plupart de ces pratiques ne sont ni intégrées dans des démarches qualité ni évaluées. La reconnaissance et le développement de ces pratiques dans un cadre de qualité et de sécurité pour le patient s'inscrivent dans un objectif de qualité des soins partagé par tous les acteurs.

Deuxièmement, un certain nombre de professions ne sont donc pas reconnues dans leur pratique et compétences réelles. La redéfinition du contour des métiers et de la répartition des activités apparaît aujourd'hui comme un élément fondamental de l'attractivité des professions. Cette redéfinition a un rôle majeur tant sur le contenu des métiers que sur les conditions de leur exercice, en particulier par l'optimisation de l'activité de chaque professionnel, la reconnaissance des compétences, la valorisation financière et l'ouverture de nouvelles voies d'évolution professionnelle.

## **1.5 TRANSFERT DE COMPETENCE ET ANESTHESIE**

En 2003, dans son rapport, le Pr BERLAN propose que les sédations pour endoscopie digestive soient pratiquées par des infirmières sous la responsabilité du gastro-entérologue. Il s'agirait alors d'un transfert de compétence non pas du MAR vers l'IADE mais du MAR vers le gastro-entérologue. Les représentants des MAR et des IADE se sont opposés formellement à cette proposition, insistant sur leur attachement au travail en collaboration.

Par ailleurs, les MAR avancent que pour libérer du temps médical, la réorganisation du bloc opératoire serait plus efficace que de transférer des compétences à l'IADE. Ils proposent qu'un MAR soit responsable de deux blocs et qu'un IADE soit présent dans chaque bloc. Ils proposent là l'organisation qui est déjà en place...

En ce qui concerne des transferts de compétence dans le cadre des transports primaires ou secondaires pré-hospitaliers, ils sont là tout à fait disposés à les étudier.

Dans le paragraphe concernant les évolutions en cours des infirmiers spécialisés, le rapport préparatoire de la HAS datant de juillet 2006 annonce que les infirmiers de blocs opératoires et les puéricultrices ont « longuement réfléchi sur l'évolution de leur

profession » proposant une évolution vers des pratiques avancées. Rien n'est annoncé concernant les IADE qui restent attachés à leur travail en collaboration avec les MAR.

Une des expérimentations mises en place à la suite du Rapport BERLAND concernait le transport secondaire non médicalisé. Elle fut abandonnée suite à des pressions locales.

Dans le rapport de décembre 2007 « Cinq expérimentations de coopération et de délégation de tâches entre professions de santé », aucune activité de l'IADE ne figure parmi les activités identifiées pouvant donner lieu à de nouvelles coopérations.

Avril 2008: les résultats de la consultation publique de la HAS sont publiés, les IADE représentent 12% des répondants. 80% des personnes ont évoqués des activités précisent qui pourraient être confiées à des professionnels de santé ayant suivi une formation adaptée. Concernant l'anesthésie, on trouve la prise en charge des patients ASA1 par les IADE, la réalisation d'anesthésies locorégionales ou encore la pose des voies veineuses centrales.

Parmi les nouvelles pratiques identifiées en France mais n'entrant pas dans le cadre des expérimentations mises en place, on trouve la gestion de la douleur postopératoire, la prise en charge des patients ASA1 par les IADE, la réalisation d'anesthésies locorégionales ou encore la pose des voies veineuses centrales.

## **1.6 ENJEUX ET CONSEQUENCES**

La coopération entre professionnels de santé est un axe de travail central pour l'avenir du système de santé.

- Le principal enjeu est d'améliorer la prise en charge des patients en adaptant l'intervention des professionnels tant aux évolutions de pratiques et de comportements qu'aux évolutions des techniques et des produits de santé.

- Le second enjeu relève de l'attractivité des professions, par la reconnaissance de leurs compétences réelles, l'amélioration de leurs conditions de travail et une possibilité d'évolution des carrières dans le soin.

- Le troisième enjeu découle du précédent, tout en étant plus conjoncturel car il s'inscrit dans le contexte annoncé de tension de la démographie médicale. La redéfinition du rôle de chaque acteur de santé dans la prise en charge des patients devrait permettre de faire face à la demande de soins.

- Le quatrième enjeu est de s'assurer de l'efficacité des nouvelles formes de coopération des professionnels de santé.

La coopération entre professionnels de santé repose sur la confiance que s'accordent les différents acteurs dans leur pratique quotidienne. Mais elle s'inscrit également dans un cadre qui structure l'organisation de notre système de santé en définissant les rôles, les identités et les responsabilités de chacun. Pour renforcer la coopération, certaines évolutions réglementaires et professionnelles peuvent être nécessaires, telles qu'une reconnaissance de la délégation, du transfert de tâches ou la création de nouveaux métiers. Ces évolutions auront nécessairement un impact sur l'organisation du système de santé. Selon la HAS et l'ONDPS, « cet impact doit être anticipé et les conditions dans lesquelles les nouvelles formes de coopération entre professionnels de santé pourront se développer doivent être définies afin de préserver la cohérence de l'organisation du système ».

Actuellement, la création de nouvelles coopérations pose des problèmes d'ordre juridique. Dans son dernier rapport, la HAS évoque plusieurs pistes afin de s'adapter à la contrainte des formations actuelles des paramédicaux et de leurs décrets d'actes tels que l'ajout d'actes précis aux décrets, le développement de coopérations limitées, mais cela reste insuffisant pour « promouvoir une vision plus ambitieuse ». La HAS impose pour cela l'intégration des formations dans le système Licence-Master-Doctorat, l'organisation des formations selon des référentiels, la redéfinition du cadre juridique de l'exercice des professions de santé, l'aménagement de règles déontologiques de ces professions, la maîtrise des risques de surcoûts des assurances professionnelles, enfin l'adaptation des modes de financement et des rémunérations.

## **2.LEGISLATION**

*Article R4311-12, CSP, 4ème partie, livre III, titre Ire, chapitre Ier, section 1:*

*L'infirmier ou l'infirmière, anesthésiste diplômé d'Etat, 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 :*

*1° Anesthésie générale ;*

*2° Anesthésie locorégionale et réinjections dans le cas où un dispositif a été mis en place par un médecin anesthésiste-réanimateur ;*

*3° Réanimation peropératoire.*

*Il accomplit les soins et peut, à l'initiative exclusive du médecin anesthésiste-réanimateur, réaliser les gestes techniques qui concourent à l'application du protocole.*

*En salle de surveillance postinterventionnelle, il assure les actes relevant des techniques d'anesthésie citées aux 1°, 2° et 3° et est habilité à la prise en charge de la douleur postopératoire relevant des mêmes techniques.*

*Les transports sanitaires mentionnés à l'article R. 4311-10 sont réalisés en priorité par l'infirmier ou l'infirmière anesthésiste diplômé d'Etat.*

*L'infirmier ou l'infirmière, en cours de formation préparant à ce diplôme, peut participer à ces activités en présence d'un infirmier anesthésiste diplômé d'Etat.*

Ce texte remplace la version publiée dans le décret de compétence n°93-345 du 15 Mars 1993, reprise dans le décret de compétence no 2002-194 du 11 février 2002 relatifs aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier. La principale modification est le changement des termes « *sont seuls habilités à participer à l'application des techniques suivantes (...)* » pour « *est seul habilité à appliquer les techniques suivantes (...)* ». Cette subtilité se prête néanmoins à interprétation: le rôle de l'IADE ne se situe plus exclusivement dans un rôle d'assistance puisqu'il peut maintenant agir seul à partir du moment où la consultation d'anesthésie a été réalisée, qu'il existe un protocole établi par le MAR et que ce dernier se tient prêt à intervenir (il est toutefois à noter que selon l'enquête du SNIA<sup>3</sup> de 2001 les IADE disposent d'un protocole écrit dans 18% des cas). Cela pourrait se traduire par un gain d'autonomie restreint, souligné dans « Les recommandations pour l'exercice de la profession d'IADE » publié par le SNIA en décembre 2007: « *L'infirmier anesthésiste peut, à condition que le médecin anesthésiste-réanimateur soit présent et disponible dans le site, procéder à l'induction d'une anesthésie générale, en assurer la surveillance et l'entretien et le prévenir de la survenue de toute anomalie.* » et encore : « *L'infirmier anesthésiste peut, à l'initiative exclusive du médecin anesthésiste-réanimateur et à condition que celui-ci puisse intervenir à tout moment, pratiquer une anesthésie locorégionale. Il doit en avoir auparavant validé la pratique et en posséder la maîtrise.* ».

Messieurs RICHARD et MAITRE ont interrogés Mr LASTATE, Vice Président du tribunal de Grande Instance de Saint Pierre, dans leur Travail d'Intérêt Professionnel<sup>4</sup>. Pour ce dernier, « *seul habilité à appliquer les techniques suivantes* » signifie réaliser, faire ces techniques. Quant à « *à condition qu'un médecin anesthésiste-réanimateur puisse*

<sup>3</sup> Mieux connaître les IADE, enquête du SNIA, 2001.

<sup>4</sup> La rachianesthésie et l'infirmier anesthésiste, réalité ou fiction?, C RICHARD et O.MAITRE, institut régional de formation des IADE Réunion Sud, 2007.

*intervenir à tout moment, et après qu'un médecin anesthésiste-réanimateur a examiné le patient et établi le protocole », cela signifie que le MAR après avoir vu le patient en consultation, décide du type d'anesthésie, et lors de sa réalisation au bloc opératoire, doit pouvoir se trouver à portée de voix.*

Par ailleurs, Mr LASTATE fait remarquer qu'en cas de litige, « nul n'est responsable pénalement que de son propre fait »

L'ambivalence du cadre législatif nous pousse à nous demander si l'IADE exerce déjà selon un principe de transfert de tâches ou s'il n'existe qu'à travers un binôme et ne rempli qu'un rôle d'assistance.

### **3.LES POSITIONS DES SOCIETES SAVANTES ET DES SYNDICATS IADE**

#### **3.1 SNIA**

Dans son bulletin d'information n°163 de novembre 2003, le Syndicat National des Infirmiers Anesthésistes réagit au Rapport BERLAND concernant la prise en charge anesthésique pour les explorations fonctionnelles en gastro-entérologie. Il déclare que « l'activité ciblée est particulièrement sensible » et que « les infirmiers anesthésistes ne souhaitent pas se voir transférer une partie des compétences du MAR, mais simplement voir leurs propres compétences et leurs pratiques reconnues et exercer dans un contexte sécuritaire strict. ». Il rappelle qu'il n'existe pas de petite anesthésie et que le patient devant bénéficier de cet acte doit suivre un « processus réglementaire défini : évaluation médicale par un MAR, présence sur site d'un MAR disponible, séjour en salle de surveillance post-interventionnelle ».

Le SNIA a publié en mai 2007 un numéro spécial de son journal d'information des infirmiers anesthésistes concernant la Validation des Acquis et de l'Expérience. Elle y établit un référentiel d'activité et de compétences afin de créer des unités de compétences qui s'intègrent dans le dispositif Licence-Master-Doctorat.

#### **3.2 SFAR**

En janvier 2003, elle répond aux Recommandations du SNIA sur l'exercice de la



profession d'Infirmier Anesthésiste, confinant ce dernier au rôle d'assistant:

*« Toute anesthésie susceptible de modifier les fonctions vitales (anesthésie générale, locorégionale, ou sédation) est un acte médical dont la réalisation implique la présence d'un médecin anesthésiste-réanimateur qualifié. Celui-ci doit pouvoir être assisté, en particulier en début et en fin d'anesthésie. Il peut aussi être amené à déléguer la surveillance per-anesthésique, à condition de pouvoir intervenir sans délai. Cette assistance technique et cette délégation de surveillance sont au mieux assurées par l'infirmier (e)-anesthésiste, qui, en raison de sa compétence et de son expertise, est un collaborateur précieux et incontournable au sein de l'équipe d'anesthésie. La direction de cette équipe et la responsabilité du déroulement de la procédure anesthésique (consultation, acte d'anesthésie, réveil de l'anesthésie, soins postopératoires spécifiques) vis-à-vis du patient, sont assurées par le médecin anesthésiste-réanimateur. L'infirmier (e) anesthésiste ne peut agir que sur prescription médicale émanant de ce dernier. Ceci implique que lors de la délégation de surveillance, l'infirmier (e) anesthésiste n'est pas seulement "en relation constante" avec le médecin anesthésiste-réanimateur, ni qu'il ne saurait assumer seul "la correction des désordres physiologiques ", mais qu'il doit informer en temps réel le médecin anesthésiste-réanimateur et appliquer la thérapeutique décidée par ce dernier. Pour lever toute ambiguïté, si au cours d'une surveillance anesthésique déléguée, l'infirmier (e) anesthésiste est confronté à une situation aiguë, imprévisible et menaçante, il est clair qu'alors il doit entreprendre les mesures conservatoires d'urgence que sa formation autorise. Mais il doit aussi solliciter parallèlement la présence sans délai du médecin anesthésiste-réanimateur, et non pas se contenter d'une information à posteriori, comme pourrait l'indiquer le document en question.*

La SFAR réitère son opposition formelle à la proposition de pratique d'actes d'anesthésie locorégionale par l'IADE.

### **3.3 CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MEDECINS**

Lors de la cession des 29 et 30 janvier 2004, le Conseil National de l'Ordre des Médecins reconnaît le besoin de pallier à l'urgence démographique de certaines spécialités (l'anesthésie n'y figure pas) et encourage à la recherche de professions intermédiaires entre les dix années de formation médicale et les trois années pour l'infirmière. Il est noté que

« les expériences de transfert de compétence doivent être réalisées sous la responsabilité du médecin dans le but de préciser le concevable, le réalisable et l'utilisable pour compenser une démographie défaillante. (...) Le transfert de compétence permettra de préciser une définition conceptuelle de l'acte médical plus fidèle aux exigences de la réalité humaine et financière. »

### **3.4 OMS**

Ces dernières années, l'OMS s'est engagée dans une réflexion sur les ressources professionnelles dans les systèmes de santé à un niveau international. Elle a lancé des alertes en constatant, d'une part, une montée importante des besoins mondiaux en matière de santé, en rapport avec l'avancée des pathologies dites chroniques, et d'autre part, une pénurie infirmière dans certains pays, accentuée par l'attrait exercé par les pays les plus riches en vue de combler leurs propres besoins au détriment des populations déjà moins dotées. L'OMS préconise le passage de certaines activités médicales aux infirmiers et le renforcement des compétences pour tous les professionnels de santé en fonction des besoins des populations du XXI<sup>e</sup> siècle. Il ressort des analyses de l'OMS que la réorganisation de la répartition des tâches concerne l'ensemble de la chaîne des professionnels intervenant auprès du patient : du médecin vers l'infirmier puis vers l'aide soignant.

## **4. QUELQUES CONCEPTS**

### **4.1 COLLABORER**

Définition du Petit Larousse: « Travailler avec une ou plusieurs personnes à une oeuvre commune. »

### **4.2 SE POSITIONNER**

Chacun, pour communiquer, se repère explicitement ou implicitement à des normes. Ces normes relèvent le plus souvent du groupe de référence ou d'appartenance. Mais elles relèvent aussi de la propre vision de chacun de la place qu'il occupe. C'est dans

ce contexte qu'il s'agit de se positionner. Le positionnement consiste donc à construire de nouvelles normes communes et partagées. Lorsque ces dernières sont adaptées, elles sont alors partagées et respectées. Elles aident alors au positionnement. Il ne s'agit pas d'autoritarisme, mais de trouver sa position au sein d'un système communicationnel. Il faut donc analyser ce système afin d'y faire sa place, énoncer explicitement les règles du jeu et démontrer implicitement par ses actes qu'on les respecte.

### **4.3 LA CONFIANCE**

Définition: impression de sécurité envers une personne à qui l'on se remet. Elle renvoie à une attitude générale, rencontrée dans des circonstances multiples, où une personne détermine son comportement sur la base d'un sentiment plus que sur un raisonnement. Elle peut tout aussi bien concerner la confiance en soi que celle envers les autres et celles envers la tournure que prendront les événements.

Elle peut trouver sa source dans la nécessité, dans une attitude de paresse, voir dans un simple trait de caractère. Une confiance mal orientée peut diminuer la vigilance, ce qui peut se révéler très dommageable face à un réel danger.

Elle est le fruit de l'expérience: la réussite répétée d'une action construit la confiance, qui peut conduire à une forme de comportement réflexe.

La confiance a une utilité sociale: elle favorise l'attitude de coopération, et toute l'activité économique (échanges, prise de risque, initiatives).

Le taux de mortalité a été réduit d'un facteur dix depuis les années 80. Outre les avancées techniques, la démographie des professionnels de l'anesthésie et l'organisation du travail, la collaboration entre médecins et infirmiers anesthésistes constitue une avancée en matière de sécurité.

L'infirmier anesthésiste travaille à partir de la prescription du MAR mais sa compétence au pronostic est essentielle à la prise en charge du patient opéré. Il ne peut se contenter d'exécuter la prescription. Elle est certes à l'origine de son intervention, mais se résume la plupart du temps à une prescription non écrite. L'anesthésie représente un environnement dynamique, l'IADE est contraint de prévoir l'évolution des phénomènes avant qu'ils n'apparaissent. La rétroaction arrive toujours trop tard. Seule l'anticipation permet une gestion contrôlée de l'anesthésie et de ses aléas.

Lors de période d'équilibre (entretien de l'anesthésie) le rôle de l'IADE consiste en la

vigilance. Lors de l'induction, du réveil ou face à la survenue d'un problème anesthésique, l'IADE va accomplir les gestes nécessaires pour rétablir la situation.

A la lumière de la documentation sur le transfert de compétence, ces dernières situations m'intéressent particulièrement: où se situe la frontière entre notre rôle propre et notre rôle sur prescription? Les actes communs aux infirmiers généraux sont certes bien décrits dans les articles R4311-5 à 10 du Code de la Santé Publique, mais ces derniers n'abordent pas les actes spécifiques de l'anesthésie. L'article R4311-12, contrairement aux articles qui le précèdent, n'est pas un listing d'actes et reste très global. Il faut ajouter à cela, comme le dit Mr Alain dans son Travail d'Intérêt Professionnel, que le terme de « collaboration » varie d'un binôme à l'autre.

Ceci m'a amenée à m'interroger sur la perception des IADE concernant certains actes qui composent l'ensemble de la prise en charge anesthésique.

# **ANALYSE**

## **1.METHODOLOGIE**

### **1.1 L'OUTIL**

L'investigation s'est réalisée au travers d'un questionnaire mis en ligne sur un site professionnel.

Cela a permis de recueillir les réponses d'un grand nombre d'infirmiers anesthésistes issus d'horizons divers.

L'autre intérêt de ce mode de diffusion est que le questionnaire n'est pas imposé à la personne, il s'agit d'une démarche volontaire, l'intérêt pour le sujet est ainsi garanti.

La construction de cet outil s'est effectuée à partir des grands postulats du cadre conceptuel. Son objectif était de connaître le ressenti des IADE sondés quant à leur travail à la lumière de ce qu'évoque pour eux le transfert de compétence.

Le questionnaire débute par le rappel de notre article de compétences car, d'une part beaucoup d'IADE avait en mémoire l'ancien texte, et d'autre part, pour qu'ils confrontent ce dernier aux questions qui leur étaient posées.

### **1.2 DEROULEMENT DE L'ENQUETE**

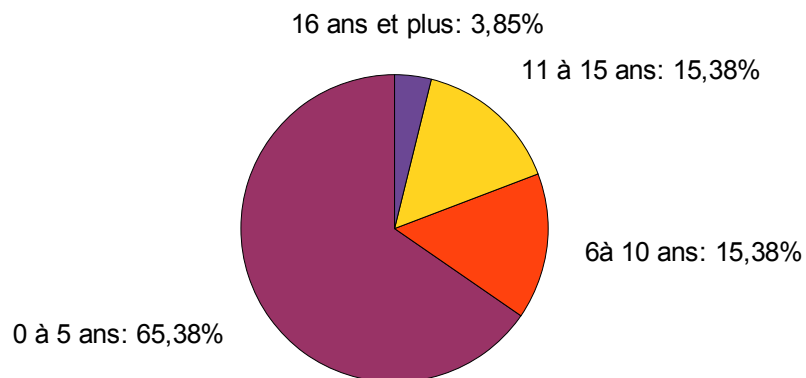
Le questionnaire a été mis en ligne pendant un mois. La majeure partie des réponses a été reçue durant les quinze premiers jours.

Il a fait l'objet de deux relances de ma part sur le site, mais globalement les personnes se sont facilement prêtées au jeu puisque les 26 questionnaires exploités me sont parvenus les 20 premiers jours.

Seuls deux questionnaires n'ont pas été exploitables car remplis très partiellement.

## **2. POPULATION ETUDIEE**

### **2.1 ANCIENNETE**

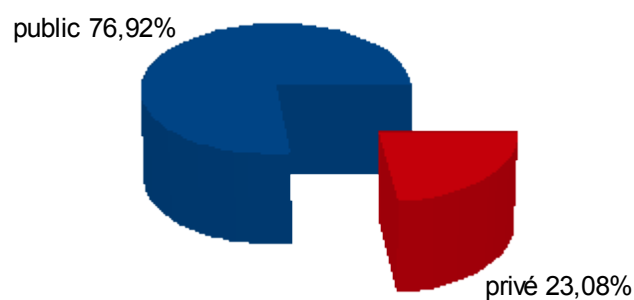


La majorité des répondants sont diplômés depuis 6 mois à 5 ans.

Les IADE appartenant à la tranche des « 6-10 ans » et « 11-15 ans » d'ancienneté sont représentés à parts égales;

Enfin 1 répondant avait 19 ans de pratique.

### **2.2 SECTEUR D'ACTIVITE**



77% des personnes interrogées travaillent dans le secteur public.

23% travaillent en secteur privé.

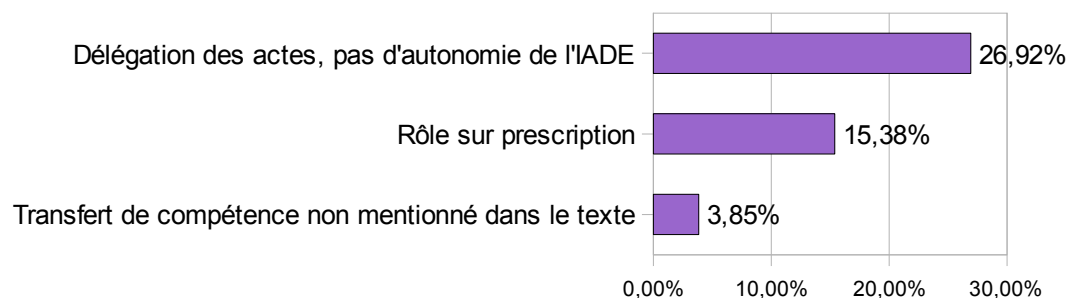
### **3.ANALYSE**

Question 1: Selon vous, dans le texte réglementant l'exercice de la profession IADE, y-a t'il notion de transfert de compétence? Expliquez votre réponse



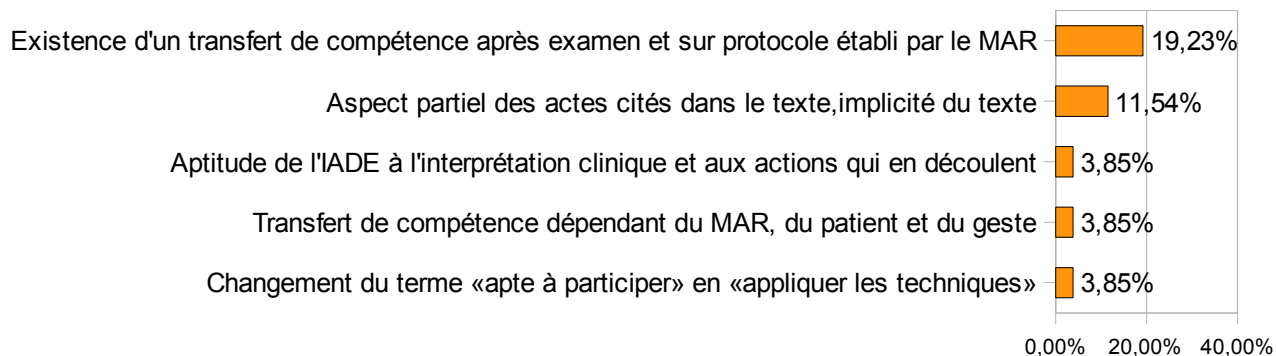
Les avis sont partagés car si la majorité des personnes pense qu'il n'existe pas de transfert de compétence sous entendu dans le texte, le pourcentage de personnes qui pense le contraire n'est que légèrement inférieur.

#### **Question 1: argument contre le transfert de compétence**



Les arguments en faveur du non mettent en avant que l'IADE agit par délégation d'actes. L'IADE n'est pas autonome comme dans un transfert de compétence, ainsi nous pouvons en déduire que près de 1,5 personnes sur cinq semble connaître les tenants et les aboutissants du transfert de compétence (ce qui sera précisé grâce aux questions suivantes).

### Question 1: arguments en faveur du transfert de compétence



Deux grandes idées se dégagent parmi les partisans du « oui »: pour la majorité, il y a transfert de compétence après examen et établissement d'un protocole par le MAR. Cette question présente l'avantage de démontrer que deux personnes sur dix semblent confondre les termes de délégation et de coopération (comme vu dans le cadre conceptuel).

Par ailleurs, la deuxième grande idée qui se dégage dans cette réponse est qu'un transfert de compétence informel est possible de part l'ambiguïté du texte.

Aucun n'a fait acte de la subtilité du changement des termes employés dans notre décret de compétence.

15% des personnes ne se prononcent pas en raison de cette même ambiguïté Au total, l'aspect partiel du texte est souligné par 27% des personnes.

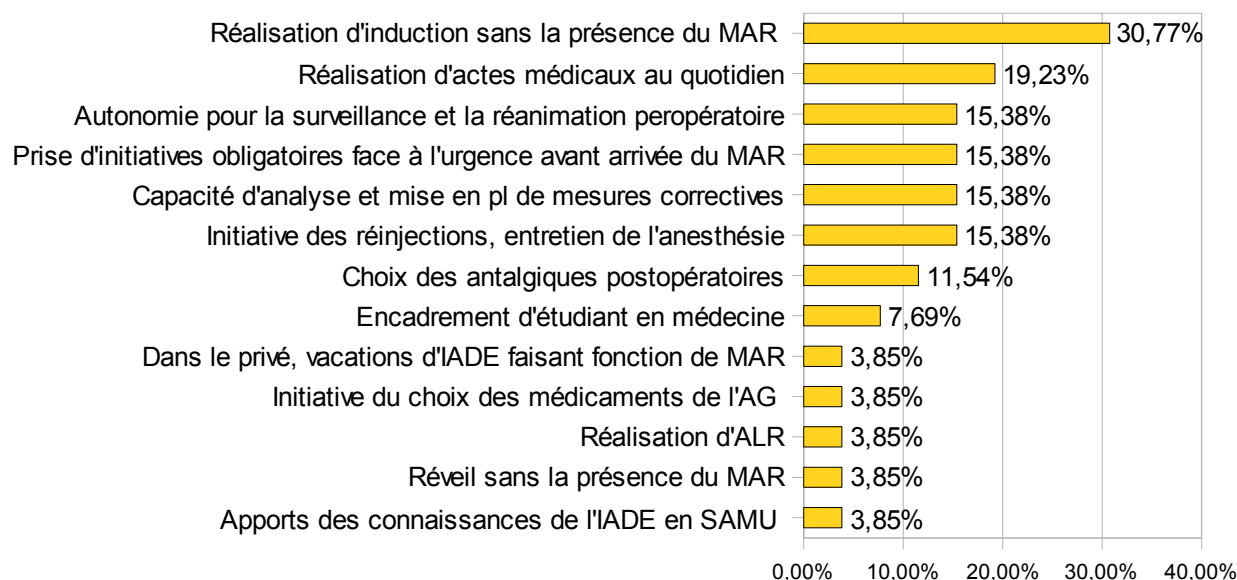


Question 2: Pensez vous que dans votre exercice professionnel, il existe déjà un « transfert de compétence médicale » aux infirmiers anesthésistes? Expliquez votre réponse



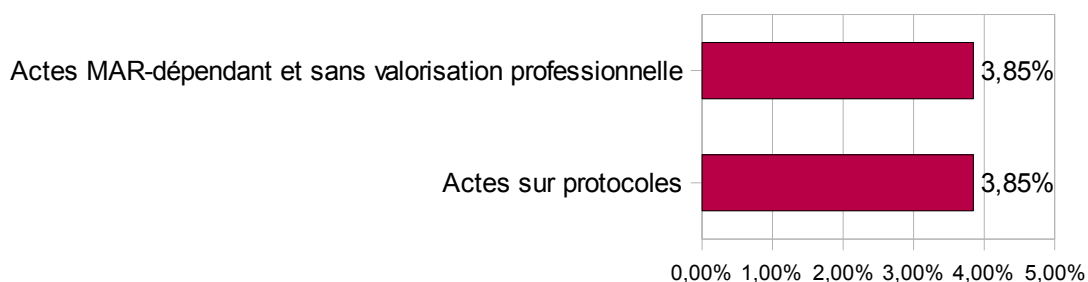
4 personnes sur cinq pensent qu'il existe un transfert de compétence dans leur travail quotidien avec le MAR.

**Question 2: arguments en faveur d'un transfert de compétence**



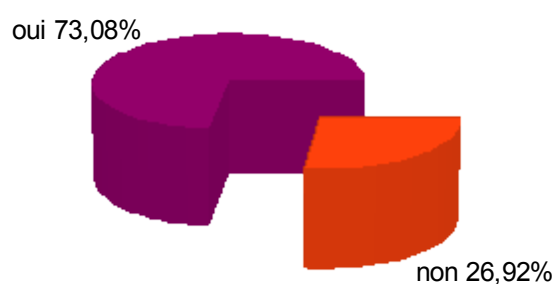
Cette coopération s'effectue selon elles au travers d'actes spécifiques et des compétences propres à l'IADE.

### Question2: arguments contre le transfert de compétence



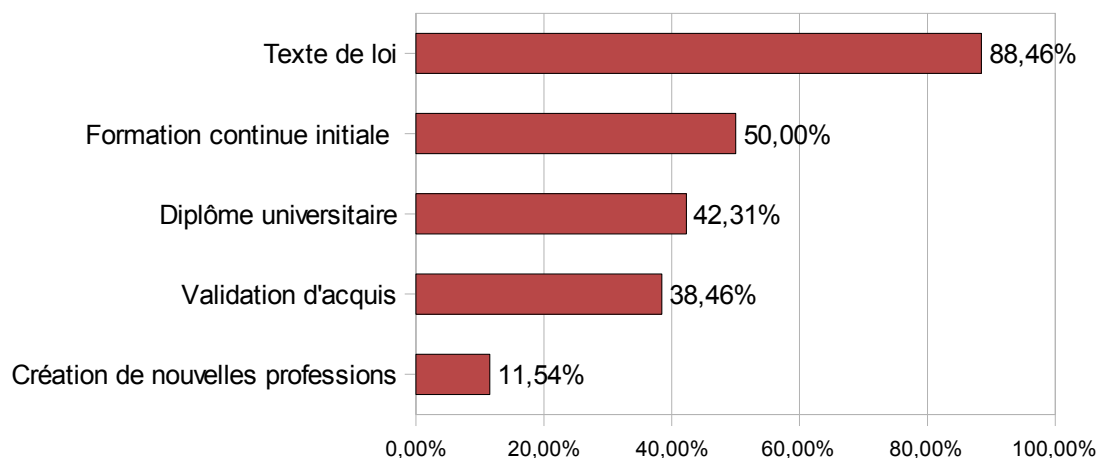
Parmi les 19% qui pensent le contraire 4% précisent que les actes sont sur protocole et dépendants du MAR. Ils soulignent également qu'il n'y a pas de valorisation professionnelle de quelque nature qu'elle soit comme il devrait exister s'il y avait reconnaissance de compétence.

### Question 3: Vous attendez- vous à un transfert de compétence médicale vers les IADE?



Une majorité des personnes s'attend à un glissement de compétence à hauteur de sept personnes sur dix.

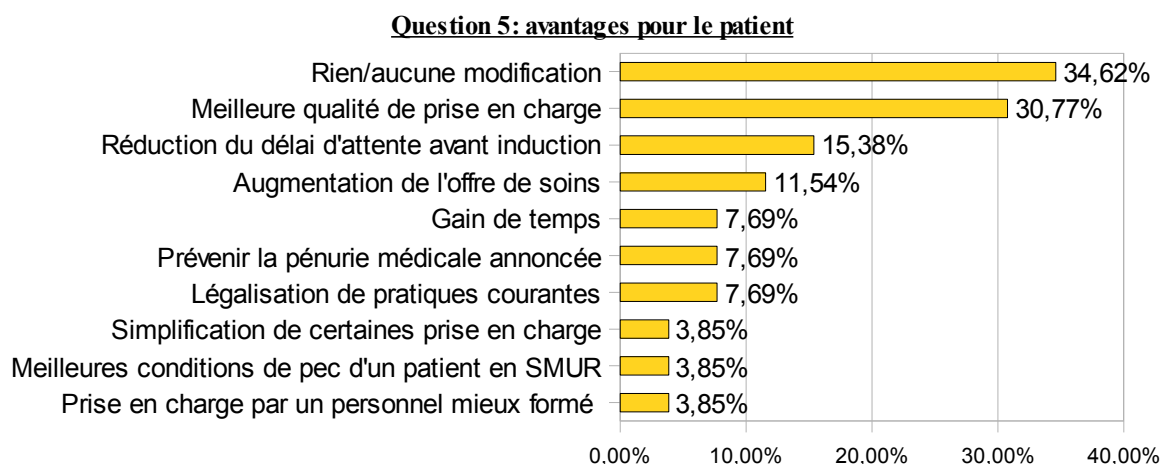
Question 4: Selon vous, quelles seraient les conditions nécessaires au transfert de compétence d'un acte médical?



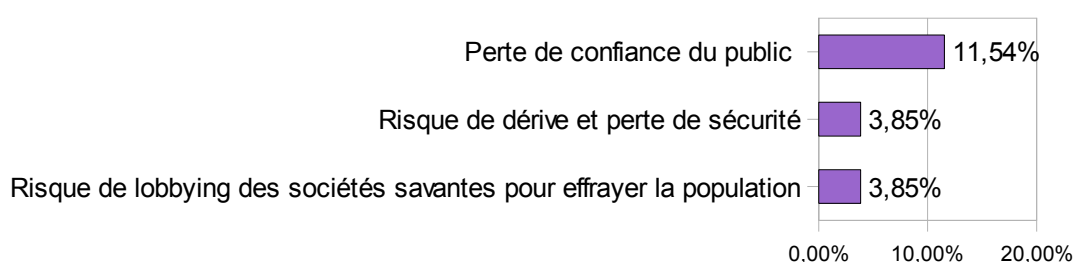
Pour les personnes interrogées, l'évolution de la profession vers de nouvelles formes de coopérations passe par un texte de loi pour quatre personnes sur cinq, et la modification du contenu de la formation continue initiale pour une personne sur deux.

A cette question, les personnes n'ont pas proposé d'autres items.

Question 5: Qu'apporterait un tel transfert pour le patient et sa prise en charge?



#### **Question 5: inconvénients pour le patient**

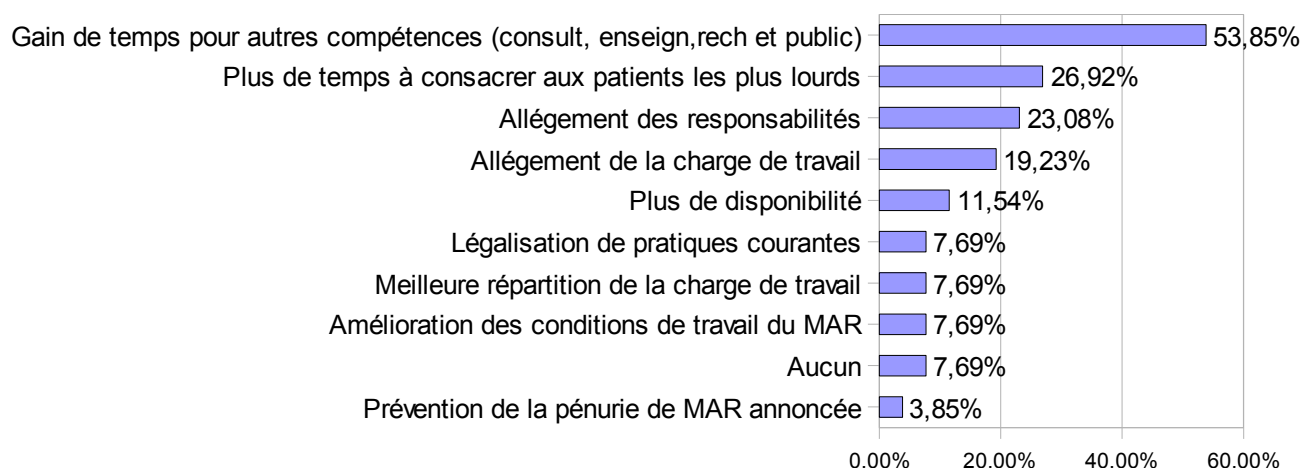


La plupart des IADE pense que le processus n'aurait pas de retentissement sur les patients hormis une meilleure qualité de prise en charge, avec un meilleur suivi du patient.

Toutefois, ils craignent une perte de confiance du public envers une anesthésie réalisée par du personnel non médical.

#### **Question 6: Quels seraient, selon vous, les bénéfices d'un tel transfert pour le médecin anesthésiste réanimateur? Pour l'infirmier anesthésiste?**

#### **Question 6: avantages pour le MAR**

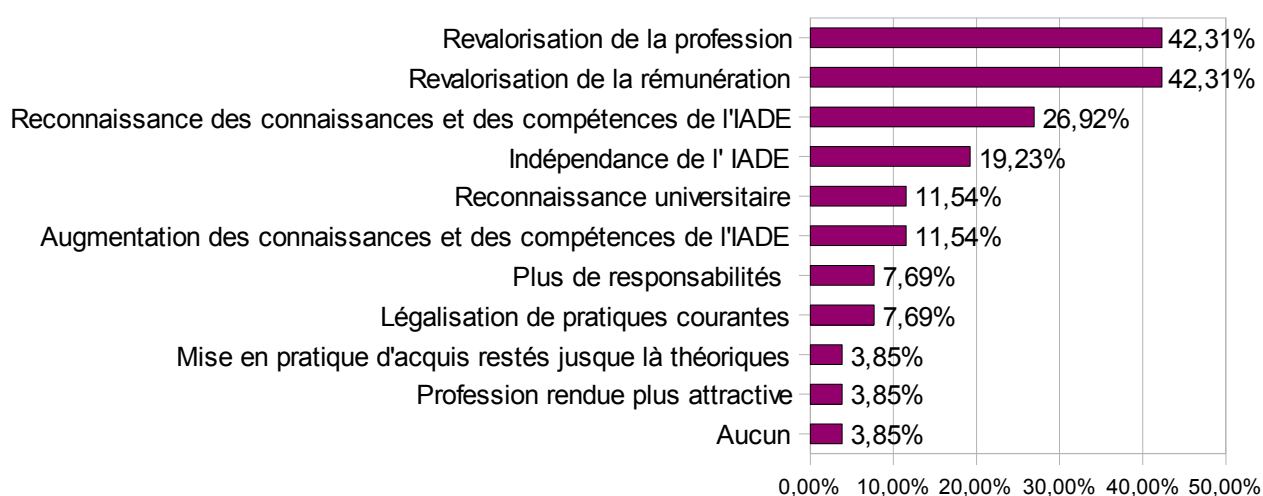


Une personne sur deux pense que la modification de la répartition des compétences permettrait aux MAR d'avoir plus de temps pour se consacrer à d'autres fonctions, ou aux patients qui le nécessitent le plus. Ainsi sur le terrain est ressenti la nécessité de réajuster la

répartition des tâches, motivation du ministère de la santé au lancement actuel des études sur le sujet.

L'allègement des responsabilités est évoqué par 23% des répondants.

#### **Question 6: avantages pour l'IADE**

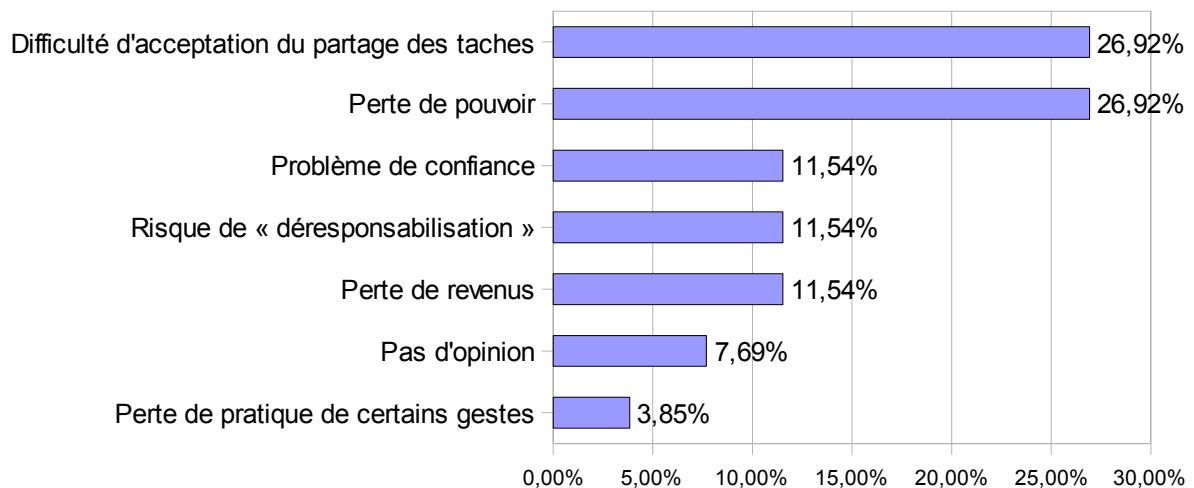


Les IADE voient deux avantages au transfert de compétence: les revalorisations professionnelle et salariale, qui sont deux des principaux enjeux des nouvelles coopérations entre professionnels de la santé, comme le dit la HAS dans son dernier rapport d'étude.

En ce qui concerne les enjeux des nouvelles formes de coopérations évoqués par la HAS, la reconnaissance universitaire est évoquée par 11,54% des personnes, l'attractivité de la profession par 3,85% des personnes et l'augmentation des responsabilités par 7,69% des personnes.

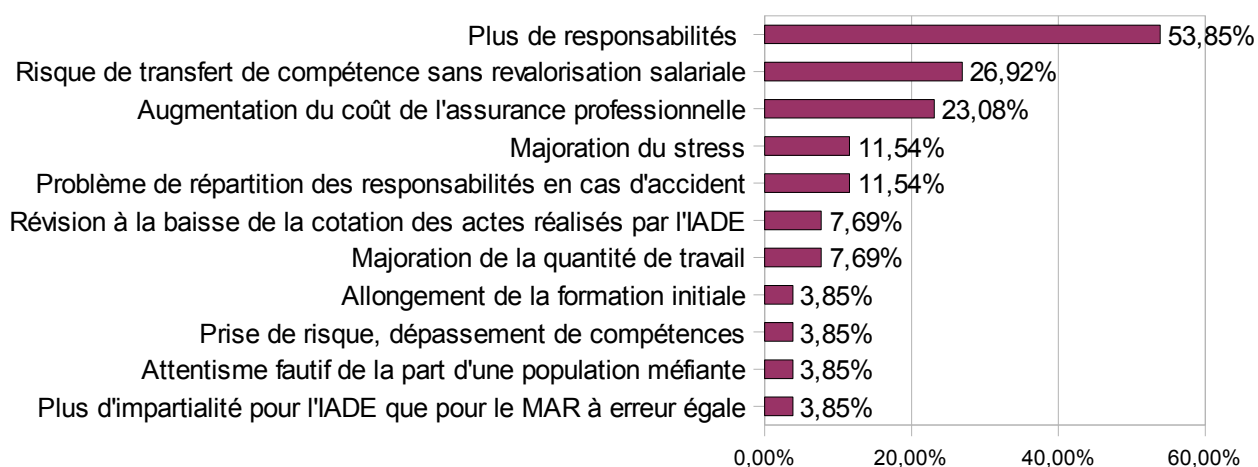
Question 7: Quels seraient, selon vous, les inconvénients d'un tel transfert pour le médecin anesthésiste réanimateur? Pour l'infirmier anesthésiste?

**Question 7: inconvénients pour le MAR**



La difficulté d'acceptation du partage des compétences arrive en tête. Pourraient y être rapprochés les problèmes de confiance évoqués à 11,54%. En effet, comme nous l'avons vu, le principe de fonctionnement des soins en France est construit autour de la décision médicale et de ses délégations, il est alors logique de présager des difficultés liées à une modification du système au profit du principe d'une chaîne de professionnels qui se succèdent pour prendre en charge un patient, comme dans d'autres pays cités dans le cadre conceptuel. Ces obstacles sont d'ailleurs évoqués par la HAS qui a conscience que « ces nouvelles formes de coopérations peuvent bouleverser le système de santé ».

### Question 7: inconvénients pour l'IADE



L'augmentation des responsabilités est considérée comme un avantage pour l'IADE par 7,65% des personnes (cf. question précédente), et une personne sur deux pense qu'au contraire, elle fait partie des inconvénients qui accompagne le transfert de compétence. Il s'agit ici de la première préoccupation des IADE, d'autant plus que beaucoup craignent des dérives négatives comme de mauvaises conditions de transfert de compétence, une délimitation floue des responsabilités ou enfin, plus d'impartialité pour l'IADE. Cette question est ici particulièrement d'actualité à l'heure où nous sommes en train d'élire nos représentants au conseil de l'ordre infirmier, avec, à priori, une faible représentation des IADE. On peut se demander par ailleurs pour quelles solutions les hautes instances devront opter afin de « préserver la cohérence du système ».

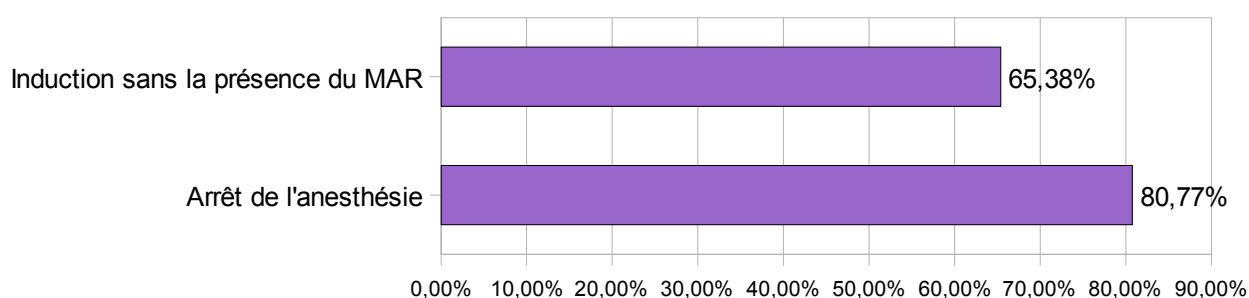
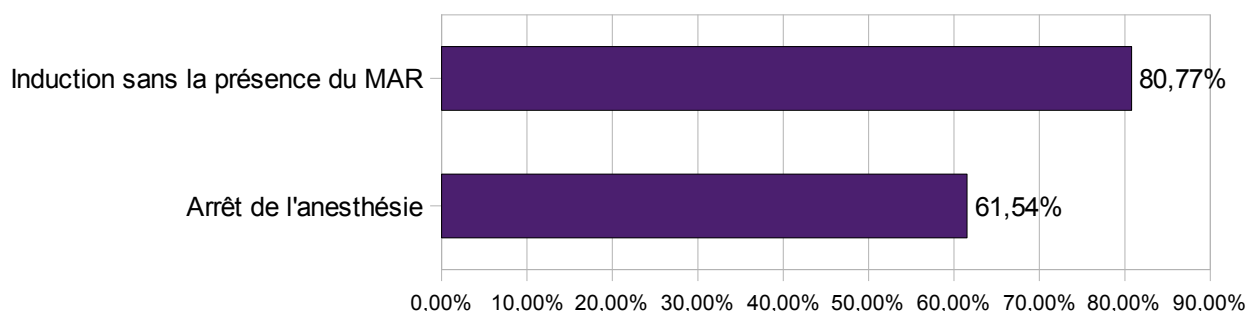
Un peu moins d'une personne sur quatre évoque l'augmentation du coût de l'assurance professionnelle.

Question 9 : Voici une liste d'actes et d'activités, cochez ceux qui, selon vous, relèvent d'un transfert de compétence du médecin anesthésiste vers l'IADE?

Question 10: Dans cette liste, cochez les actes que vous accepteriez de voir transférer aux IADE

Les réponses à ces deux questions sont présentées simultanément pour pouvoir être comparées. Le premier diagramme correspond aux actes susceptibles d'être réalisés au quotidien par l'IADE et qui, selon lui relèvent d'un transfert de compétence. Le second présente ceux qu'il aimerait se voir transférer.

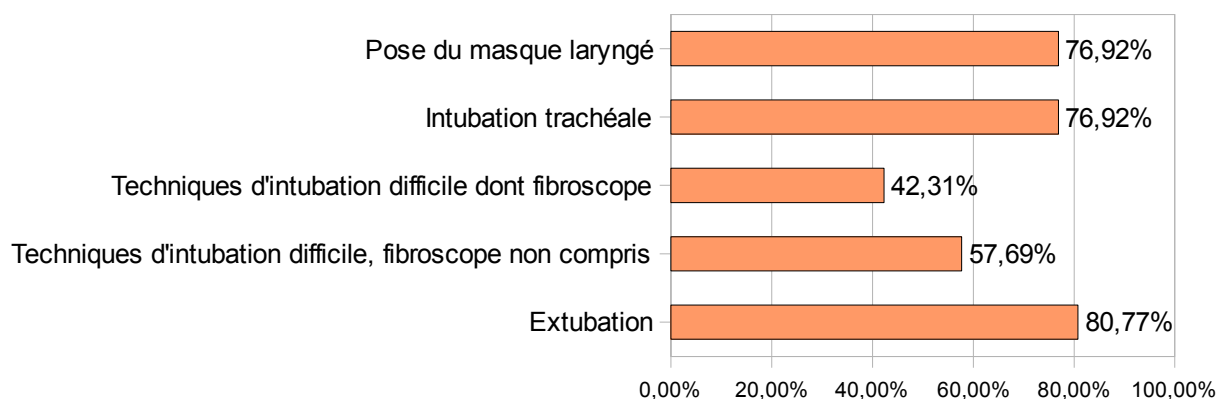
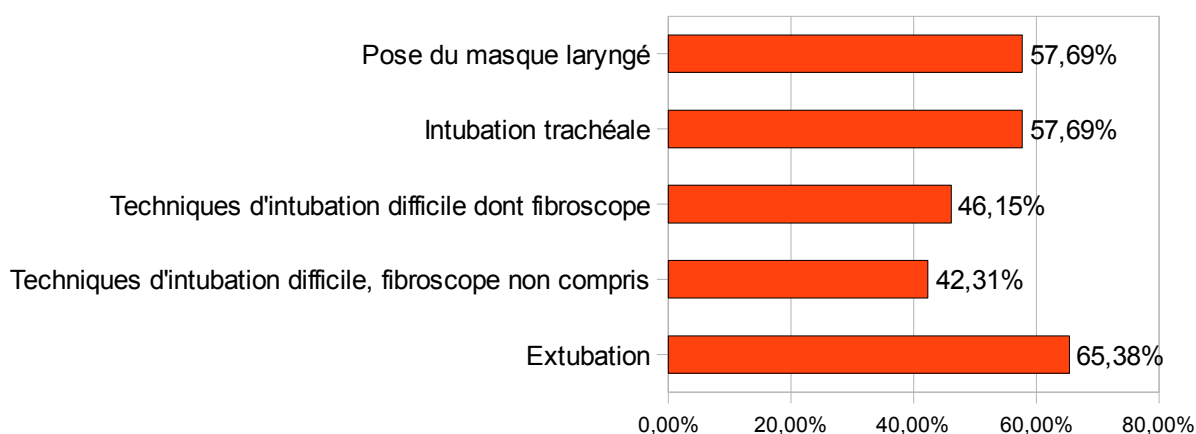
- Induction et réveil



L'induction est considérée comme un glissement de tâche par quatre personnes sur cinq, trois personnes sur cinq souhaiteraient le voir comme relevant de la compétence de l'IADE. A l'inverse, la décision du réveil est estimée comme relevant de l'IADE par trois personnes sur cinq, et quatre personnes sur cinq estiment qu'il pourrait être considéré comme tel.



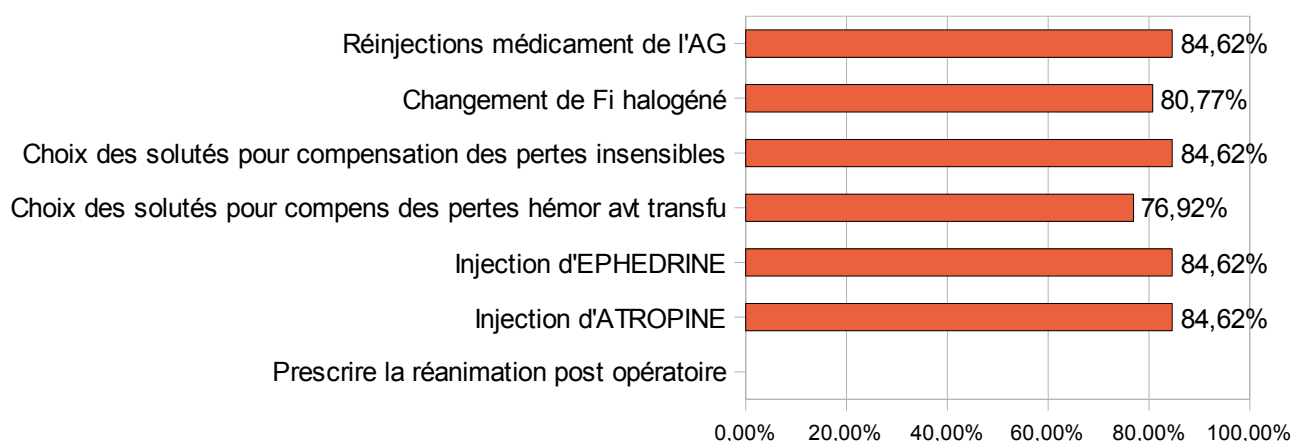
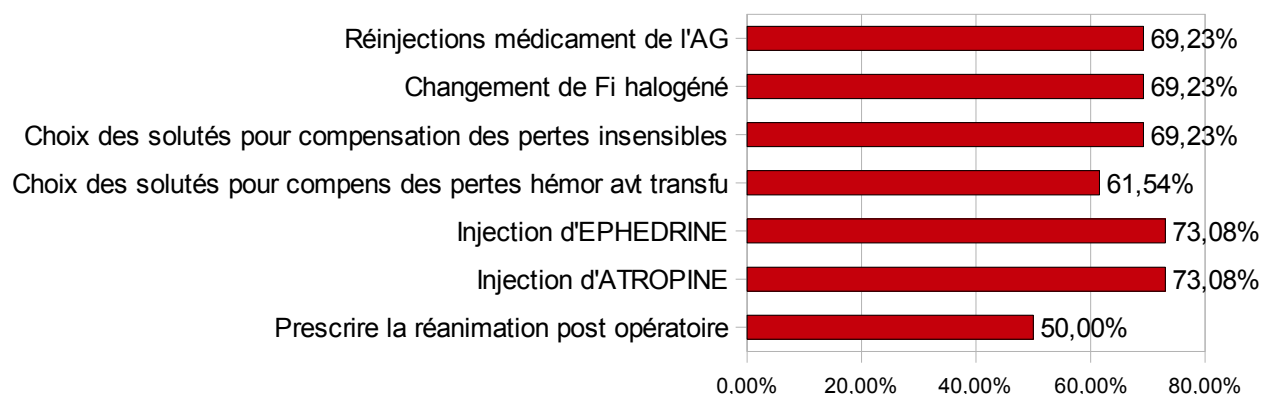
- Gestion des voies aériennes



Les résultats concernant la gestion des voies aériennes sont superposables et c'est assez logique: les actes considérés comme relevant d'un glissement de tâches du MAR vers l'IADE sont ceux que les IADE souhaiteraient se voir reconnus, à savoir l'intubation trachéale, la pose de masque laryngé et l'extubation.

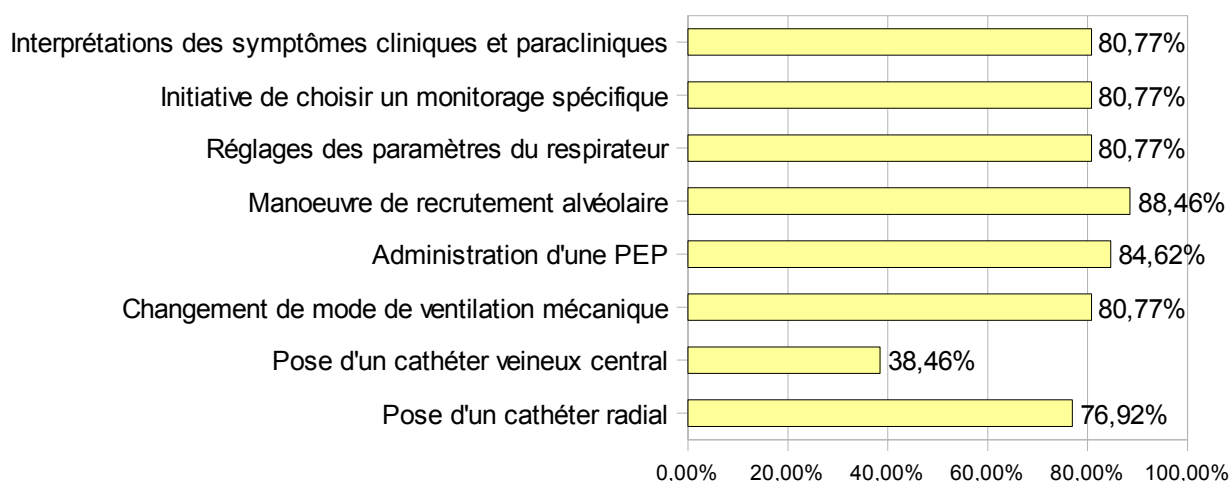
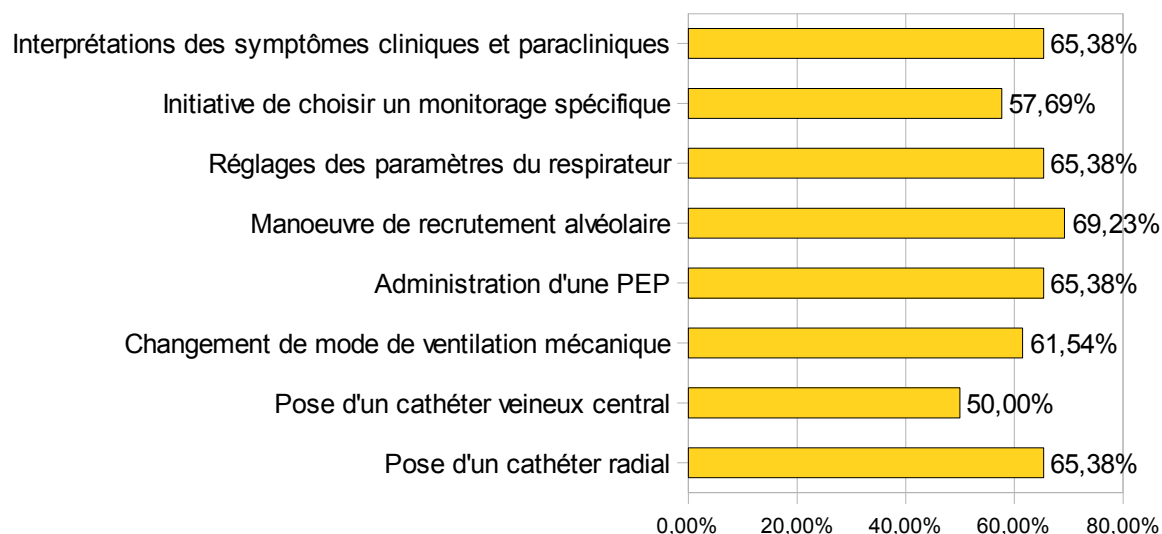
A propos des techniques d'intubation difficile, les IADE sont un peu moins de 50% à penser qu'il s'agit d'un transfert de compétence soit parce que la responsabilité y est ici plus engagée ou parce que les compétences du MAR sont reconnues nécessaires, le pourcentage étant supérieur lorsque l'intubation nécessite l'usage d'un fibroscope. Néanmoins, si l'utilisation du fibroscope est reconnue comme compétence exclusive du médecin par trois personnes sur cinq, c'est également trois personnes sur cinq qui envisagent l'attribution de cette compétence aux IADE. Cela semble cohérent si on envisage que l'IADE doit acquérir une autonomie dans son activité au bloc opératoire, il lui est nécessaire de maîtriser l'ensemble des techniques d'intubation.

- Les thérapeutiques



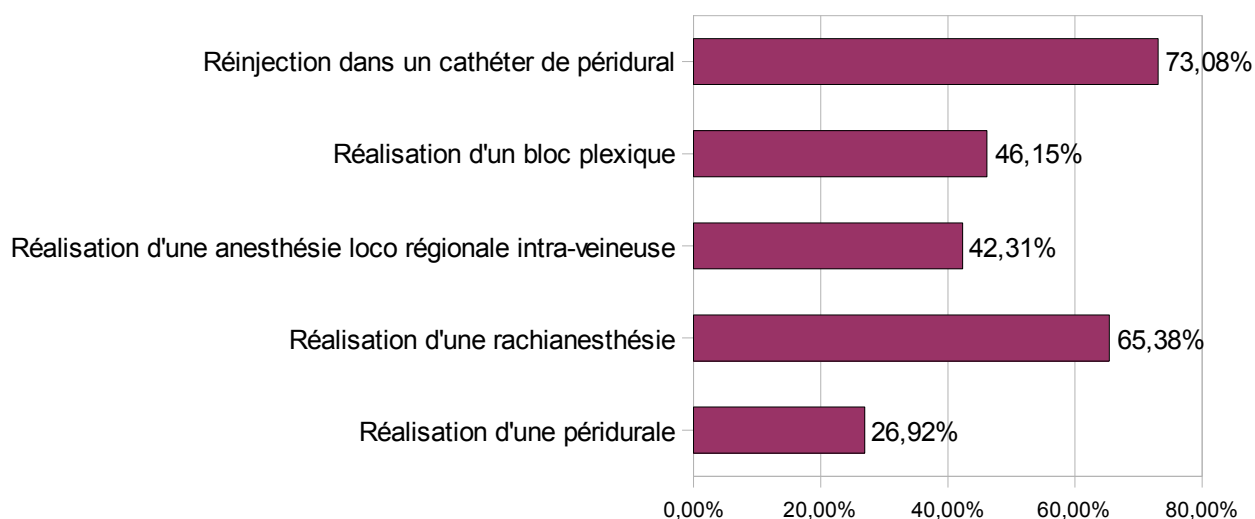
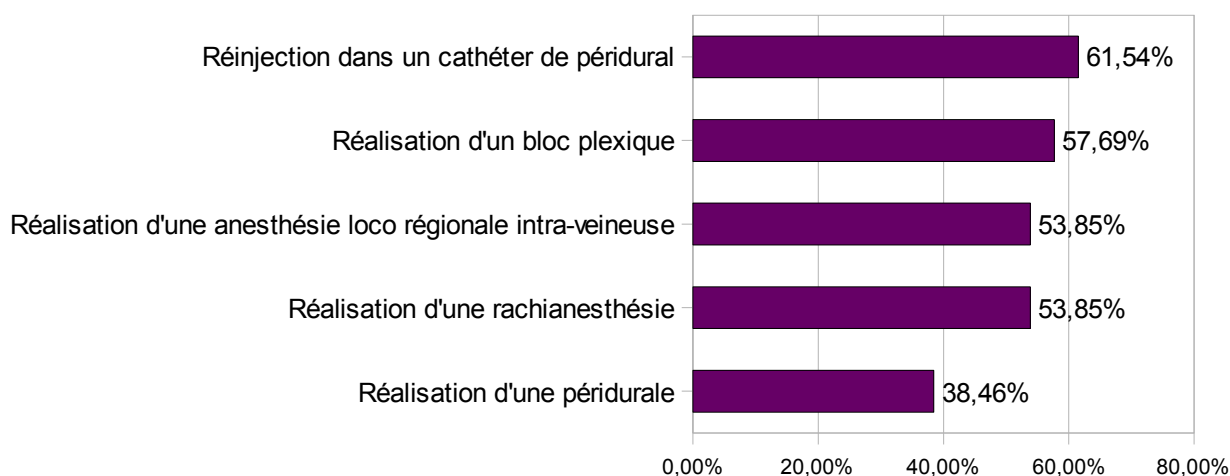
De la même manière, la gestion des thérapeutiques les plus courantes est considérée comme un transfert de compétence du MAR vers l'IADE. Cela peut être considéré comme légitime dans la mesure où la prescription médicale n'existe pas, et que ces pratiques sont l'essence même du travail de l'IADE. Aucune personne interrogée ne souhaite se voir attribuer la compétence de prescrire la réanimation postopératoire, on peut y voir ici bel et bien que l'IADE ne souhaite pas se soustraire au médecin, mais se voir reconnaître les compétences qu'il exerce quotidiennement. Nous sommes là dans la raison d'être du transfert de compétence comme nous l'avons vu dans le cadre conceptuel.

- Actes techniques



La remarque faite précédemment se confirme ici puisque une minorité pense que la pose de cathéter central pourrait devenir une compétence de l'IADE (résultat différent de ce qui est ressorti de la consultation publique de la HAS). Par contre, comme pour les réponses précédentes, les items pour lesquels les IADE ont reçu une formation et qui sont pratiqués usuellement sont d'une manière générale vécus comme des transferts de compétence par 60 à 70% des personnes, et sont vus être reconnus comme de leur compétence par 75 à 90% d'entre eux.

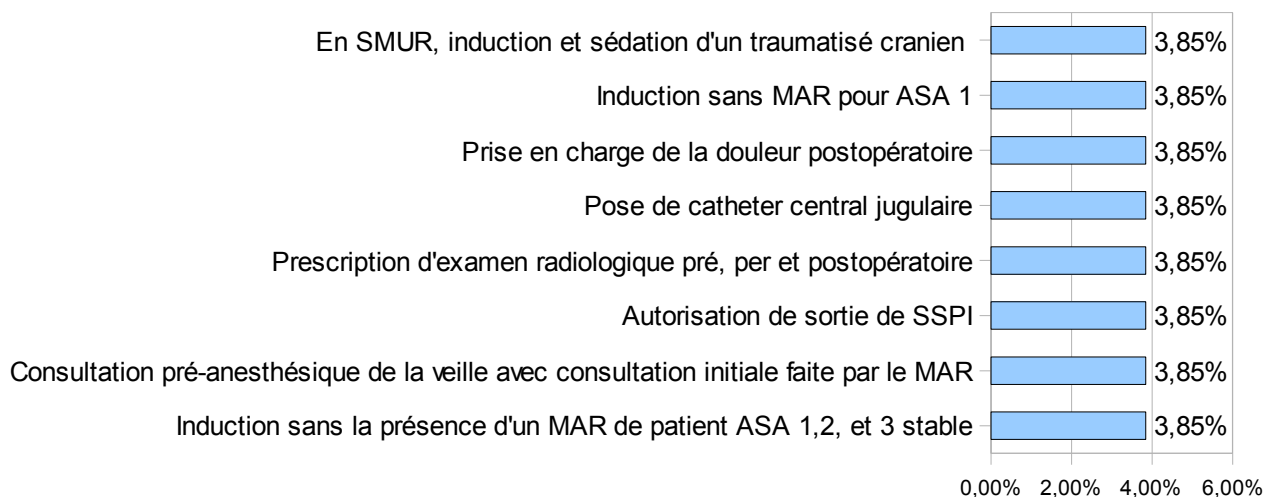
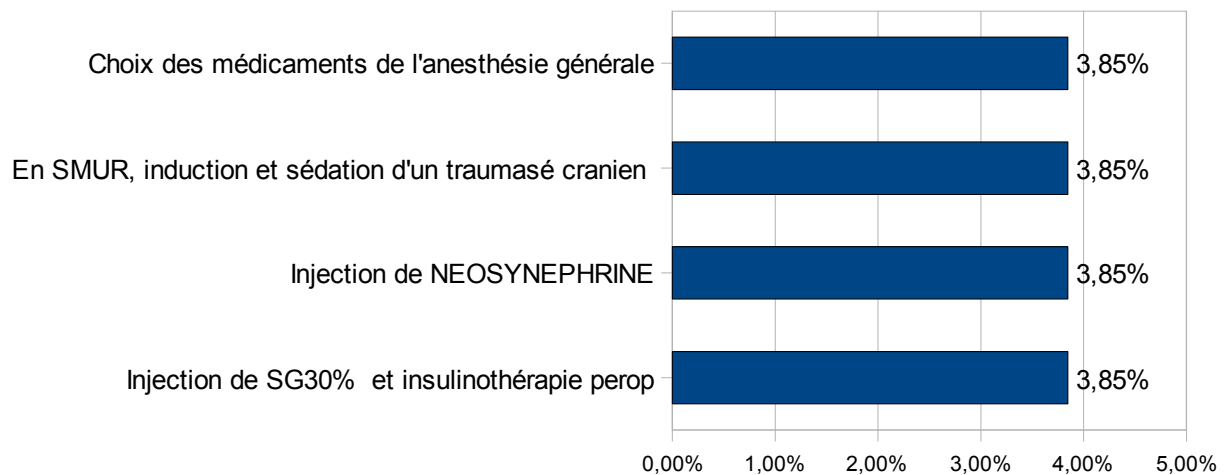
- Anesthésies locorégionales



La réinjection dans un cathéter de péridural est considéré comme transfert de compétence par 3 personnes sur cinq alors que le décret de compétence dit que l'IADE est habilité à effectuer ce geste après que le MAR est posé le dispositif. Ceci confirme que la définition du transfert de compétence n'est pas toujours bien connue.

Par contre, 65,38% des IADE souhaiteraient pouvoir réaliser des rachianesthésies, anesthésie locorégionale pratiquée dans tout type de service, contrairement aux blocs plexiques.

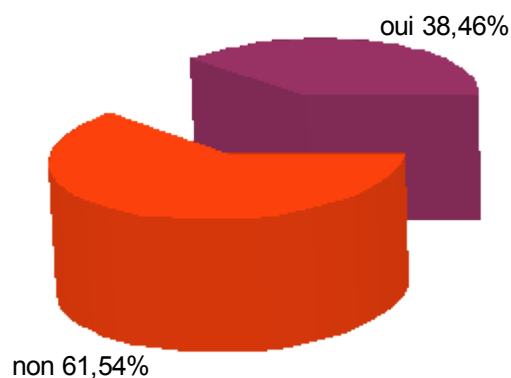
- Autres



Les items proposés par les répondants sont des actes usuels. Je n'ai volontairement pas évoqué l'IADE en SMUR puisqu'il sortait du cadre de ce travail dans la mesure où les coopérations ne s'effectuent pas avec un MAR. Toutefois, on notera la remarque concernant la prise en charge d'un traumatisé crânien en extra hospitalier.

Les actes proposés pour être transférés aux IADE permettraient une meilleure gestion du planning opératoire avec notamment une plus grande autonomie dans l'induction des patients sans comobirdité, la prise en charge de la douleur postopératoire, ou l'autorisation de sortie de la salle de réveil.

Question 8: Vous renseignez-vous sur les missions mises en place pour analyser les coopérations entre professionnels de santé?



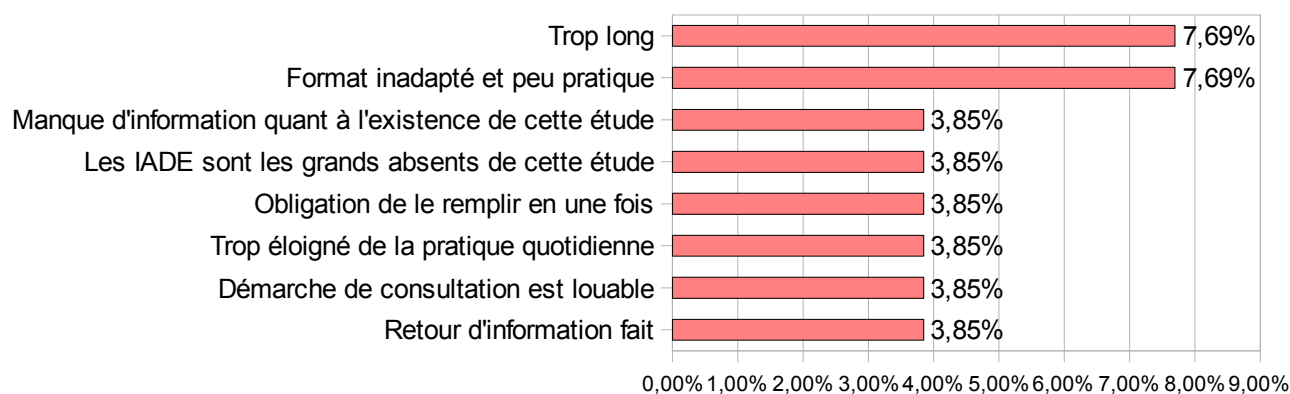
La majorité des personnes ne va pas chercher les informations concernant les études réalisées sur les nouvelles coopérations entre professionnels de la santé.

Question 11 : Avez-vous répondu au questionnaire sur le projet de recommandation HAS « Conditions des nouvelles formes de coopération entre professionnels de santé » mis en ligne sur le site HAS jusqu'au 31 janvier 2008? Si OUI qu'en avez-vous pensé ?



Alors que 38,5% des IADE déclarent s'informer sur le processus d'analyse des coopérations possibles entre professionnels de la santé, seuls 15,38% déclarent avoir répondu au questionnaire de la HAS.

#### question 11: opinions concernant le questionnaire de la HAS



#### **4. EN RESUME**

Les avis sont partagés concernant les limites posées par notre décret de compétence. Un problème de sémantique existe également car, ainsi que nous l'avons vu, il y a pour certains confusion entre délégation, transfert de compétence, et transfert de tâche. Toutefois, globalement, les IADE ne ressentent pas tant un dépassement de compétence mais plutôt une non reconnaissance de l'exercice quotidien de l'IADE. Il semble exister un fossé entre les connaissances et les compétences acquises au terme des deux ans de formation, entre l'exercice réel de la profession d'IADE et entre les textes de loi et les recommandations des sociétés savantes.

Les actes concernés sont plutôt ciblés et sont des actes réalisés fréquemment. Peu d'actes sortant du champ de compétence sont souhaités être vus attribués aux IADE. Nous allons donc bel et bien vers une volonté de reconnaissance du travail fourni en pratique, et non pas vers une volonté de remplacer les MAR dans les blocs. Cet esprit va complètement dans le sens du travail en coopération.

Une majorité des personnes s'attendent à un glissement de tâches voir à un transfert de compétence, néanmoins il existe beaucoup de crainte à propos de ses conditions et des désillusions sont attendues. Une certaine méfiance marque les esprits des paramédicaux, liée à l'influence médicale.

La majorité des personnes interrogées s'attend à un transfert de compétence, pourtant une minorité déclare se tenir informée des études en cours.

## CONCLUSION

La notion de binôme entre le MAR et l'IADE est tellement forte que la limite entre délégation d'actes et compétences propres est subjective, tout autant que le décret de compétence de l'IADE.

Alors que bon nombre des nouvelles coopérations proposées demanderaient une formation complémentaire des paramédicaux impliqués, concernant l'IADE, il s'agirait presque, par le transfert d'actes spécifiques, de reconnaître sa responsabilité dans ses pratiques courantes pour lesquelles il est de surcroît formé.

Le travail en collaboration entre le MAR et l'IADE est indéniablement un facteur de la sécurité anesthésique, mais ce binôme peut-il survivre à la modification de la répartition des responsabilités? Les IADE tiennent-ils à continuer d'exercer sur délégation du MAR, alors que autour d'eux la profession est en pleine mutation? C'est autant de questions qu'il est nécessaire de soulever car l'intrication des compétences entre ces deux professionnels rend le transfert de compétence très délicat.

En dépit de tout cela, une évolution importante dans l'histoire de la profession infirmière semble s'amorcer, et elle aura forcément un impact sur la profession d'IADE. A travers son étude finale des expériences de nouvelles coopérations entre professionnels de la santé, la HAS a montré leur intérêt dans l'évolution structurelle du système de santé. Il appartient maintenant à la décision publique de mettre en oeuvre les conditions juridiques, économiques et de formation nécessaires à l'application de cette recommandation.

Dans ce processus, il va être important pour chaque profession de faire valoir ses compétences, les représentants de ces dernières auront donc un rôle important à jouer. A l'heure où sont écrites ces lignes, les élections des représentants au conseil de l'ordre sont closes. Dans le département du Nord, trois IADE ont été élus parmi les cinq premiers titulaires du collège des infirmiers relevant du secteur public.



# BIBLIOGRAPHIE

## TEXTES LEGISLATIFS

Article R4311, CSP, 4ème partie, livre III, titre Ire, chapitre Ier, section 1

Décret de compétence no 2002-194 du 11 février 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier;

décret de compétence n°93-345 du 15 Mars 1993 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier.

## SITES INTERNET

[http://www.infirmiers.com/actu/detail\\_actu.php](http://www.infirmiers.com/actu/detail_actu.php)

CANDAU Karen, Actualités-coopération entre professionnels de santé.

<http://www.sante.gouv.fr/ondps>

Pr BERLAND, La formation des professionnels pour mieux coopérer et soigner

<http://www.sante.gouv.fr/ondps/cooperation.htm>

Pr BERLAND Yvon, Coopération des professions de santé: le transfert de taches et de compétences, octobre 2003.

Pr BERLAND Yvon, Dr BOURGUEIL Yann, Rapport sur les « cinq expérimentations de coopération et de délégation de tâches entre professions de santé », juin 2006.

Projet de recommandation HAS en collaboration avec l'ONDPS soumis à la consultation publique, « Délégation, transfert, nouveaux métiers....Conditions des nouvelles formes de coopération entre professionnels de santé », décembre 2007.

Recommandation HAS en collaboration avec l'ONDPS, « Délégation, transferts, nouveaux métiers...Comment favoriser des formes nouvelles de coopérations entre professionnels de la santé? »

<Http://sofia.medicalistes.org/spip/spip.php?article17>

BASSEZ Arnaud, Histoire des IADE, octobre 2006.

<http://www.infirmiers.com/doss/nouvelle-cooperation-entre-professionnels-de-sante.php>

ISAMBART Guy , Nouvelles coopérations entre les professionnels de santé, le point au 8 juin 2007.

<http://www.conseil-national.medecin.fr>

LAMBERT Gérard, Transfert de compétences: à la recherche du temps médical, février 2004.

<http://www.infirmiers.com/carr/cadre/pratiques-avancees-de-quoi-parlons-nous.php>

VIGIL-RIPOCHE Marie André, Cadre: pratiques avancées, de quoi parlons nous?, juillet 2007

[http://www.sfar.org/s/article.php3?id\\_article=182](http://www.sfar.org/s/article.php3?id_article=182)

A propos des recommandations du SNIA sur l'exercice de la profession d'IADE, février 2003.

<http://fr.wikipedia.org/wiki/Confiance>

## PUBLICATIONS

Dr BROUCHET Jean, Délégation et transfert de compétences, rapport adopté lors de la session du Conseil National de l'Ordre des médecins des 29 et 30 janvier 2004.

Syndicat National des Infirmiers Anesthésistes, bulletin d'information n°163, novembre 2003.

Syndicat National des Infirmiers Anesthésistes, La validation des acquis de l'expérience, journal d'information des infirmiers anesthésistes n°177, juin 2007.

Syndicat National des Infirmiers Anesthésistes, Recommandations pour l'exercice de la profession d'infirmier anesthésiste, 2ème édition, décembre 2007.

## MAGAZINES

BELIN C., FRANCOIS MC, Le positionnement du cadre infirmier, Soins cadre n°34, 2ème trimestre 2000, p34.

CLAUDOT Frédérique, Délégation de tâches et transfert de compétences, approche juridique, Soins supplément 1 au n°696, juin 2005, p17-19.

FAUCON Thierry, Mieux connaître les IADE, enquête du SNIA, oxymag n°63, avril 2002, p9-24.

GERMAIN Mathias, Un arrêté autorise les transferts de compétence, L'infirmière magazine n°199, novembre 2004, p6-7.

GIRAUD-ROCHON François, Y a-t-il un copilote dans l'avion?, oxymag n°80, février 2005, p4-8.

HART J., « Positionnez-vous! », Cahiers de gestion hospitalière, n°159, février 2000, p 122-127

TRIBOULET Catherine, Le renouvellement des effectifs IADE, oxymag n°91, décembre 2006, p18-21.

BELIN C., FRANCOIS MC., « Le positionnement du cadre »

#### TRAVAUX D'INTERET PROFESSIONNEL

ALAIN Olivier, Le binôme MAR-IADE, école d'infirmiers anesthésistes, CHRU de LILLE, 2007.

MAITRE Olivier, RICHARD Cédric, La rachianesthésie et l'infirmier anesthésiste: réalité ou fiction?, institut régional de formation des infirmiers anesthésistes, groupe hospitalier Sud Réunion, 2007.

## **ANNEXES**

ANNEXE I QUESTIONNAIRE

ANNEXE II EXPLOITATION DE QUESTIONNAIRE

## ANNEXE I: QUESTIONNAIRE

DENHEZ EVE

Elève IADE 2ème année

CHRU DE LILLE

Madame, Monsieur,

Dans le cadre de ma formation, j'effectue un Travail d'Intérêt Professionnel portant sur le transfert de compétence dans le binôme médecin anesthésiste - infirmier anesthésiste.

Ce questionnaire a pour objectif de cerner le ressenti des infirmiers anesthésistes quant à leur travail en collaboration.

Je sollicite donc votre participation à cette étude. Les questionnaires sont anonymes. Les réponses seront utilisées en toute confidentialité dans le document qui sera produit.

Je ne manquerai pas de vous communiquer les résultats dans le service.

Je vous remercie par avance du temps que vous acceptez de m'accorder.

DENHEZ Eve

## **Pour rappel :**

*Article R4311-12, CSP, 4ème partie, livre III, titre Ire, chapitre Ier, section 1:*

*L'infirmier ou l'infirmière, anesthésiste diplômé d'Etat, 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 :*

*1° Anesthésie générale ;*

*2° Anesthésie loco-régionale et réinjections dans le cas où un dispositif a été mis en place par un médecin anesthésiste-réanimateur ;*

*3° Réanimation peropératoire.*

*Il accomplit les soins et peut, à l'initiative exclusive du médecin anesthésiste-réanimateur, réaliser les gestes techniques qui concourent à l'application du protocole.*

*En salle de surveillance postinterventionnelle, il assure les actes relevant des techniques d'anesthésie citées aux 1°, 2° et 3° et est habilité à la prise en charge de la douleur postopératoire relevant des mêmes techniques.*

*Les transports sanitaires mentionnés à l'article R. 4311-10 sont réalisés en priorité par l'infirmier ou l'infirmière anesthésiste diplômé d'Etat.*

*L'infirmier ou l'infirmière, en cours de formation préparant à ce diplôme, peut participer à ces activités en présence d'un infirmier anesthésiste diplômé d'Etat.*

### Question 1

Selon vous, dans le texte réglementant l'exercice de la profession IADE, y-a t'il notion de transfert de compétence? Expliquez votre réponse

### Question 2

Pensez vous que dans votre exercice professionnel, il existe déjà un « transfert de compétence médicale » aux infirmiers anesthésistes? Expliquez votre réponse

### Question 3

Vous attendez- vous à un transfert de compétence médicale vers les IADE?

☐ Oui ☐ Non

### Question 4

Selon vous, quelles seraient les conditions nécessaires au transfert de compétence d'un acte médical?

- ☐ Texte de loi
- ☐ Formation continue initiale
- ☐ Diplôme universitaire
- ☐ Validation d'acquis
- ☐ Création de nouvelles professions paramédicales intermédiaires à celles déjà existantes
- ☐ Autres, préciser:

### Question 5

Qu'apporterait un tel transfert pour le patient et sa prise en charge?

### Question 6

Quels seraient, selon vous, les bénéfices d'un tel transfert

5. Pour le médecin anesthésiste réanimateur?

- Pour l'infirmier anesthésiste?

### Question 7

Quels seraient, selon vous, les inconvénients d'un tel transfert

- Pour le médecin anesthésiste réanimateur?
- Pour l'infirmier anesthésiste?

### Question 8

Vous renseignez-vous sur les missions mises en place pour analyser les coopérations entre

professionnels de santé? ☐ Oui ☐ Non

### Question 9

Voici une liste d'actes et d'activités, cochez ceux qui, selon vous, relèvent d'un transfert de compétence du médecin-anesthésiste vers l'IADE?

|                                                                            |  |
|----------------------------------------------------------------------------|--|
| Induction sans la présence du MAR                                          |  |
| Pose d'un masque laryngé                                                   |  |
| Intubation trachéale                                                       |  |
| Techniques d'intubation difficile y compris l'utilisation d'un fibroscope  |  |
| Techniques d'intubation difficile sans l'utilisation d'un fibroscope       |  |
| Réinjections des médicaments de l'AG                                       |  |
| Changement de fraction inspirée en halogéné                                |  |
| Choix des solutés pour compensation des pertes insensibles                 |  |
| Choix des solutés pour compensation des pertes sanguines avant transfusion |  |
| Interprétations des symptômes cliniques et paracliniques                   |  |
| Injection d'EPHEDRINE                                                      |  |
| Injection d'ATROPINE                                                       |  |
| Initiative de choisir un monitoring spécifique                             |  |
| Réglage des paramètres du respirateur                                      |  |
| Manoeuvre de recrutement alvéolaire                                        |  |
| Administration d'une Pression de fin d'Expiration Positive                 |  |
| Changement de mode de ventilation mécanique                                |  |
| Arrêt de l'anesthésie                                                      |  |
| Extubation                                                                 |  |
| Réinjection dans un cathéter péridural                                     |  |
| Réalisation d'un bloc plexique                                             |  |
| Réalisation d'une anesthésie loco régionale intra veineuse                 |  |
| Réalisation d'une rachianesthésie                                          |  |
| Réalisation d'une péridurale                                               |  |
| Pose d'un cathéter veineux central                                         |  |
| Pose d'un cathéter radial                                                  |  |
| Prescrire la réanimation post opératoire                                   |  |

Autres, préciser:



**Question 10**

Dans cette liste, cochez les actes que vous accepteriez de voir transférer aux IADE:

|                                                                            |  |
|----------------------------------------------------------------------------|--|
| Induction sans la présence du MAR                                          |  |
| Pose d'un masque laryngé                                                   |  |
| Intubation trachéale                                                       |  |
| Techniques d'intubation difficile y compris l'utilisation d'un fibroscope  |  |
| Techniques d'intubation difficile sans l'utilisation d'un fibroscope       |  |
| Réinjections des médicaments de l'AG                                       |  |
| Changement de fraction inspirée en halogéné                                |  |
| Choix des solutés pour compensation des pertes insensibles                 |  |
| Choix des solutés pour compensation des pertes sanguines avant transfusion |  |
| Interprétations des symptômes cliniques et paracliniques                   |  |
| Injection d'EPHEDRINE                                                      |  |
| Injection d'ATROPINE                                                       |  |
| Initiative de choisir un monitoring spécifique                             |  |
| Réglage des paramètres du respirateur                                      |  |
| Manoeuvre de recrutement alvéolaire                                        |  |
| Administration d'une Pression de fin d'Expiration Positive                 |  |
| Changement de mode de ventilation mécanique                                |  |
| Arrêt de l'anesthésie                                                      |  |
| Extubation                                                                 |  |
| Réinjection dans un cathéter péridural                                     |  |
| Réalisation d'un bloc plexique                                             |  |
| Réalisation d'une anesthésie loco régionale intra veineuse                 |  |
| Réalisation d'une rachianesthésie                                          |  |
| Réalisation d'une péridurale                                               |  |
| Pose d'un cathéter veineux central                                         |  |
| Pose d'un cathéter radial                                                  |  |
| Prescrire la réanimation post opératoire                                   |  |

Autres, préciser:

**Question 11**

Avez-vous répondu au questionnaire sur le projet de recommandation HAS « Conditions des nouvelles formes de coopération entre professionnels de santé » mis en ligne sur le site

HAS jusqu'au 31 janvier 2008?

☐ Oui

☐ Non

Si OUI qu'en avez-vous pensé ?

**Ancienneté de diplôme IADE :**

**Activité dans le secteur public** ☐

**Activité dans le secteur privé** ☐

## ANNEXE II: EXPLOITATION DE QUESTIONNAIRE

|                                                                                        |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |        |
|----------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|--------|
| <b>Question 1</b>                                                                      |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |        |
| Oui:                                                                                   | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 42,31% |
| Existence d'un transfert de compétence après examen et sur protocole établi par le MAR |   | 1 | 1 | 1 |   | 1 |   |   |   |   |   | 1 | 19,23% |
| Aspect partiel des actes cités dans le texte,implicité du texte                        | 1 |   |   |   |   |   |   |   |   |   | 1 | 1 | 11,54% |
| Aptitude de l'IADE à l'interprétation clinique et aux actions qui en découlent         |   |   |   | 1 |   |   |   |   |   |   |   |   | 3,85%  |
| Transfert de compétence dépendant du MAR, du patient et du geste                       |   |   |   |   |   |   |   | 1 |   |   |   |   | 3,85%  |
| Changement du terme «apte à participer» en «appliquer les techniques»                  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   | 1 | 3,85%  |
| <b>Non:</b>                                                                            |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |        |
| Délégation des actes, pas d'autonomie de l'IADE                                        |   | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |   | 46,15% |
| Rôle sur prescription                                                                  |   | 1 |   |   | 1 | 1 | 1 | 1 |   | 1 | 1 |   | 26,92% |
| Transfert de compétence non mentionné dans le texte                                    |   |   |   | 1 |   |   |   | 1 | 1 | 1 |   |   | 15,38% |
| <b>Ne se prononce pas:</b>                                                             |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |        |
| Ambiguïté du texte                                                                     | 1 |   | 1 | 1 | 1 |   |   |   |   |   |   |   | 15,38% |
|                                                                                        | 1 |   | 1 | 1 | 1 |   |   |   |   |   |   |   | 15,38% |
| <b>Question 2</b>                                                                      |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |        |
| Oui                                                                                    | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 80,77% |
| Réalisation d'induction sans la présence du MAR                                        |   |   |   | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 30,77% |
| Réalisation d'actes médicaux au quotidien                                              |   |   | 1 | 1 |   |   | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 19,23% |
| Autonomie pour la surveillance et la réanimation peropératoire                         |   |   |   | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |   |   |   |   | 15,38% |
| Prise d'initiatives obligatoires face à l'urgence avant arrivée du MAR                 | 1 | 1 |   | 1 |   |   |   |   |   | 1 |   |   | 15,38% |
| Capacité d'analyse et mise en pl de mesures correctives                                |   |   |   | 1 |   | 1 |   |   |   | 1 | 1 |   | 15,38% |
| Initiative des réinjections, entretien de l'anesthésie                                 |   |   |   |   |   | 1 |   |   |   | 1 | 1 | 1 | 15,38% |
| Choix des antalgiques postopératoires                                                  |   |   |   | 1 |   |   |   |   |   | 1 |   | 1 | 11,54% |
| Encadrement d'étudiant en médecine                                                     |   |   |   |   |   |   |   | 1 | 1 |   |   |   | 7,69%  |
| Dans le privé, vacations d'IADE faisant fonction de MAR                                |   |   | 1 |   |   |   |   |   |   |   |   |   | 3,85%  |
| Initiative du choix des médicaments de l'AG                                            | 1 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   | 3,85%  |
| Réalisation d'ALR                                                                      |   |   |   |   |   |   | 1 |   |   |   |   |   | 3,85%  |
| Réveil sans la présence du MAR                                                         |   |   |   |   |   |   | 1 |   |   |   |   |   | 3,85%  |
| Apports des connaissances de l'IADE en SAMU                                            |   |   |   |   |   |   |   |   |   | 1 |   |   | 3,85%  |
| <b>non</b>                                                                             |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |        |
| Actes MAR-dépendant et sans valorisation professionnelle                               | 1 | 1 | 1 |   |   | 1 |   | 1 |   |   |   |   | 19,23% |
| Actes sur protocoles                                                                   |   |   |   |   |   |   |   | 1 |   |   |   |   | 3,85%  |
|                                                                                        |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   | 3,85%  |
| <b>Question 3</b>                                                                      |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |        |
| Oui                                                                                    | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 73,08% |
| non                                                                                    |   |   | 1 |   |   | 1 |   | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 26,92% |
| <b>Question 4</b>                                                                      |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |        |
| Texte de loi                                                                           | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 88,46% |
| Formation continue initiale                                                            |   | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 50,00% |
| Diplôme universitaire                                                                  | 1 | 1 | 1 |   |   | 1 |   | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 42,31% |
| Validation d'acquis                                                                    |   | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |   | 1 | 1 | 38,46% |
| Création de nouvelles professions                                                      |   |   | 1 |   |   |   |   |   |   | 1 |   | 1 | 11,54% |
| Formations complémentaires                                                             |   | 1 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   | 3,85%  |
| <b>Question 5</b>                                                                      |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |        |
| <b>5/a Avantages</b>                                                                   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |        |
| Rien/aucune modification                                                               | 1 |   | 1 | 1 |   | 1 | 1 | 1 | 1 |   | 1 | 1 | 34,62% |
| Meilleure qualité de prise en charge                                                   |   |   |   | 1 | 1 |   |   |   | 1 | 1 | 1 | 1 | 30,77% |
| Réduction du délai d'attente avant induction                                           |   | 1 | 1 |   |   |   | 1 |   |   | 1 |   |   | 15,38% |
| Augmentation de l'offre de soins                                                       |   | 1 | 1 |   |   | 1 |   |   |   |   |   |   | 11,54% |
| Gain de temps                                                                          |   | 1 |   |   |   |   | 1 |   |   |   |   |   | 7,69%  |
| Prévenir la pénurie médicale annoncée                                                  |   |   |   |   |   | 1 |   | 1 |   |   |   |   | 7,69%  |
| Légalisation de pratiques courantes                                                    | 1 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   | 1 | 7,69%  |
| Simplification de certaines prise en charge                                            |   | 1 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   | 3,85%  |
| Meilleures conditions de pec d'un patient en SMUR                                      |   | 1 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   | 3,85%  |
| Prise en charge par un personnel mieux formé                                           |   |   |   |   | 1 |   |   |   |   |   |   |   | 3,85%  |
| <b>5/b Inconvénients</b>                                                               |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |        |
| Perte de confiance du public                                                           |   | 1 |   |   |   | 1 |   |   |   | 1 |   |   | 11,54% |
| Risque de dérive et perte de sécurité                                                  |   | 1 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   | 3,85%  |
| Risque de lobbying des sociétés savantes pour effrayer la population                   |   |   |   |   |   | 1 |   |   |   |   |   |   | 3,85%  |

|                                                                          |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |        |
|--------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|--------|
| <b>Question 6</b>                                                        |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |        |
| <b>6/a Pour le MAR</b>                                                   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |        |
| Gain de temps pour autres compétences (consult, enseign, rech et public) | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 53,85% |
| Plus de temps à consacrer aux patients les plus lourds                   |   | 1 |   |   | 1 | 1 | 1 | 1 |   | 1 | 1 | 26,92% |
| Allègement des responsabilités                                           | 1 | 1 | 1 |   | 1 |   |   |   |   | 1 | 1 | 23,08% |
| Allègement de la charge de travail                                       |   |   |   | 1 | 1 | 1 |   |   |   | 1 | 1 | 19,23% |
| Plus de disponibilité                                                    |   | 1 | 1 | 1 |   |   |   |   |   |   |   | 11,54% |
| Légalisation de pratiques courantes                                      | 1 |   |   |   |   |   |   |   |   |   | 1 | 7,69%  |
| Meilleure répartition de la charge de travail                            |   |   |   |   |   | 1 |   |   | 1 |   |   | 7,69%  |
| Amélioration des conditions de travail du MAR                            |   |   | 1 |   |   |   |   |   |   |   | 1 | 7,69%  |
| Aucun                                                                    |   |   |   |   |   | 1 |   | 1 |   |   |   | 7,69%  |
| Prévention de la pénurie de MAR annoncée                                 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   | 1 | 3,85%  |
| <b>6/b Pour l'IADE</b>                                                   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |        |
| Revalorisation de la profession                                          | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |   |   | 42,31% |
| Revalorisation de la rémunération                                        | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |   | 1 |   | 1 | 1 | 42,31% |
| Reconnaissance des connaissances et des compétences de l'IADE            |   | 1 | 1 |   |   |   | 1 | 1 | 1 | 1 |   | 26,92% |
| Indépendance de l'IADE                                                   |   |   | 1 |   | 1 |   |   |   | 1 | 1 | 1 | 19,23% |
| Reconnaissance universitaire                                             |   |   |   | 1 |   |   | 1 |   | 1 |   |   | 11,54% |
| Augmentation des connaissances et des compétences de l'IADE              |   |   | 1 |   | 1 |   | 1 |   |   |   |   | 11,54% |
| Plus de responsabilités                                                  |   |   |   |   |   |   |   |   |   | 1 | 1 | 7,69%  |
| Légalisation de pratiques courantes                                      |   |   |   |   |   |   |   |   | 1 |   | 1 | 7,69%  |
| Mise en pratique d'acquis restés jusque là théoriques                    |   | 1 |   |   |   |   |   |   |   |   |   | 3,85%  |
| Profession rendue plus attractive                                        |   |   |   |   | 1 |   |   |   |   |   |   | 3,85%  |
| Aucun                                                                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   | 1 |   | 3,85%  |
| <b>6/c pour les 2</b>                                                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |        |
| Meilleure gestion du planning opératoire                                 |   | 1 |   | 1 |   |   |   |   |   |   |   | 7,69%  |
| <b>Question 7</b>                                                        |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |        |
| <b>7/a Pour le MAR</b>                                                   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |        |
| Difficulté d'acceptation du partage des tâches                           |   | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |   |   |   |   | 26,92% |
| Perte de pouvoir                                                         |   |   |   |   | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |   | 26,92% |
| Problème de confiance                                                    |   |   |   | 1 | 1 |   |   |   |   | 1 |   | 11,54% |
| Risque de « déresponsabilisation »                                       |   | 1 | 1 |   |   |   |   |   |   |   | 1 | 11,54% |
| Perte de revenus                                                         |   |   | 1 |   |   |   |   |   | 1 |   | 1 | 11,54% |
| Pas d'opinion                                                            | 1 |   |   |   |   |   |   |   |   | 1 |   | 7,69%  |
| Perte de pratique de certains gestes                                     |   |   |   |   |   |   | 1 |   |   |   |   | 3,85%  |
| <b>7/b Pour l'IADE</b>                                                   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |        |
| Plus de responsabilités                                                  |   | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |   | 1 | 1 | 1 | 1 | 53,85% |
| Risque de transfert de compétence sans revalorisation salariale          |   | 1 |   |   | 1 | 1 | 1 | 1 |   | 1 | 1 | 26,92% |
| Augmentation du coût de l'assurance professionnelle                      | 1 | 1 | 1 |   | 1 |   |   | 1 |   | 1 | 1 | 23,08% |
| Majoration du stress                                                     |   |   | 1 |   |   |   |   | 1 |   | 1 |   | 11,54% |
| Problème de répartition des responsabilités en cas d'accident            | 1 |   |   |   |   |   | 1 |   | 1 |   |   | 11,54% |
| Révision à la baisse de la cotation des actes réalisés par l'IADE        |   |   | 1 |   |   |   | 1 |   |   |   |   | 7,69%  |
| Majoration de la quantité de travail                                     |   |   |   |   |   |   | 1 |   |   | 1 |   | 7,69%  |
| Allongement de la formation initiale                                     | 1 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   | 3,85%  |
| Prise de risque, dépassement de compétences                              |   |   |   |   |   |   |   |   | 1 |   |   | 3,85%  |
| Attentisme fautif de la part d'une population méfiante                   |   |   | 1 |   |   |   |   |   |   |   |   | 3,85%  |
| Plus d'impartialité pour l'IADE que pour le MAR à erreur égale           |   |   |   |   |   | 1 |   |   |   |   |   | 3,85%  |
| <b>Question 8</b>                                                        |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |        |
| oui                                                                      |   | 1 | 1 |   | 1 | 1 | 1 |   | 1 | 1 | 1 | 38,46% |
| non                                                                      | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |   | 1 | 1 | 1 | 1 | 61,54% |
| <b>Question 9</b>                                                        |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |        |
| Induction sans la présence du MAR                                        | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 80,77% |
| Pose du masque laryngé                                                   | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 57,69% |
| Intubation trachéale                                                     | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 57,69% |
| Techniques d'intubation difficile dont fibroscope                        |   | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 46,15% |
| Techniques d'intubation difficile, fibroscope non compris                | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 42,31% |
| Réinjections médicament de l'AG                                          | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 69,23% |
| Changement de Fi halogéné                                                | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 69,23% |
| Choix des solutés pour compensation des pertes insensibles               | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 69,23% |
| Choix des solutés pour compens des pertes hémor avt transfu              | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 61,54% |
| Interprétations des symptômes cliniques et paracliniques                 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 65,38% |
| Injection d'EPHEDRINE                                                    | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 73,08% |
| Injection d'ATROPINE                                                     | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 73,08% |
| Initiative de choisir un monitoring spécifique                           | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 57,69% |
| Réglages des paramètres du respirateur                                   | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 65,38% |
| Manoeuvre de recrutement alvéolaire                                      | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 69,23% |
| Administration d'une PEP                                                 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 65,38% |
| Changement de mode de ventilation mécanique                              | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 61,54% |
| Arrêt de l'anesthésie                                                    | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 61,54% |
| Extubation                                                               | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 65,38% |
| Réinjection dans un cathéter de péridural                                | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 61,54% |
| Réalisation d'un bloc plexique                                           | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 57,69% |
| Réalisation d'une anesthésie loco régionale intra-veineuse               | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 53,85% |
| Réalisation d'une rachianesthésie                                        | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 53,85% |
| Réalisation d'une péridurale                                             |   |   | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 38,46% |
| Pose d'un cathéter veineux central                                       |   | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 50,00% |
| Pose d'un cathéter radial                                                | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 65,38% |
| Prescrire la réanimation post opératoire                                 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 50,00% |
| Choix des médicaments de l'anesthésie générale                           | 1 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   | 3,85%  |
| En SMUR, induction et sédation d'un traumatisé crânien                   |   | 1 |   |   |   |   |   |   |   |   |   | 3,85%  |
| Injection de NEOSYNEPHRINE                                               |   |   |   |   | 1 |   |   |   |   |   |   | 3,85%  |
| Injection de SG30% et insulinothérapie perop                             |   |   |   |   | 1 |   |   |   |   |   |   | 3,85%  |

|                                                                                        |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |        |
|----------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|--------|
| <b>Question 10</b>                                                                     |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |        |
| Induction sans la présence du MAR                                                      | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 65,38% |
| Pose du masque laryngé                                                                 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 76,92% |
| Intubation trachéale                                                                   | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 76,92% |
| Techniques d'intubation difficile dont fibroscope                                      |   | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |   | 1 | 1 | 1 | 42,31% |
| Techniques d'intubation difficile, fibroscope non compris                              | 1 |   | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 57,69% |
| Réinjections médicament de l'AG                                                        | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 84,62% |
| Changement de Fi halogéné                                                              | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 80,77% |
| Choix des solutés pour compensation des pertes insensibles                             | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 84,62% |
| Choix des solutés pour compens des pertes hémor avt transfu                            | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 76,92% |
| Interprétations des symptômes cliniques et paracliniques                               | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 80,77% |
| Injection d'EPHEDRINE                                                                  | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 84,62% |
| Injection d'ATROPINE                                                                   | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 84,62% |
| Initiative de choisir un monitoring spécifique                                         | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 80,77% |
| Réglages des paramètres du respirateur                                                 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 80,77% |
| Manoeuvre de recrutement alvéolaire                                                    | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 88,46% |
| Administration d'une PEP                                                               | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 84,62% |
| Changement de mode de ventilation mécanique                                            | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 80,77% |
| Arrêt de l'anesthésie                                                                  | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 80,77% |
| Extubation                                                                             | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 80,77% |
| Réinjection dans un cathéter de péridural                                              | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 73,08% |
| Réalisation d'un bloc plexique                                                         | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 46,15% |
| Réalisation d'une anesthésie loco régionale intra-veineuse                             | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 42,31% |
| Réalisation d'une rachianesthésie                                                      | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 65,38% |
| Réalisation d'une péridurale                                                           |   |   | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 26,92% |
| Pose d'un cathéter veineux central                                                     |   | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 38,46% |
| Pose d'un cathéter radial                                                              | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 76,92% |
| Prescrire la réanimation post opératoire                                               |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   | 0,00%  |
|                                                                                        |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |        |
| En SMUR, induction et sédation d'un traumatisé crânien                                 | 1 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   | 3,85%  |
| Induction sans MAR pour ASA 1                                                          |   |   |   |   |   | 1 |   |   |   |   |   | 3,85%  |
| Prise en charge de la douleur postopératoire                                           |   |   |   |   |   | 1 |   |   |   |   |   | 3,85%  |
| Pose de catheter central jugulaire                                                     |   |   |   |   |   | 1 |   |   |   |   |   | 3,85%  |
| Prescription d'examen radiologique pré, per et postopératoire                          |   |   |   |   |   | 1 |   |   |   |   |   | 3,85%  |
| Autorisation de sortie de SSPI                                                         |   |   |   |   |   |   |   | 1 |   |   |   | 3,85%  |
| Consultation pré-anesthésique de la veille avec consultation initiale faite par le MAR | 1 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   | 3,85%  |
| Induction sans la présence d'un MAR de patient ASA 1,2, et 3 stable                    | 1 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   | 3,85%  |
| <b>Question 11/A</b>                                                                   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |        |
| oui                                                                                    |   | 1 | 1 |   | 1 |   |   |   | 1 |   |   | 15,38% |
| non                                                                                    | 1 | 1 | 1 |   | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 84,62% |
| <b>Question 11/B</b>                                                                   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |        |
| Trop long                                                                              |   | 1 |   |   |   |   |   |   | 1 |   |   | 7,69%  |
| Format inadapté et peu pratique                                                        |   | 1 |   |   |   |   |   |   | 1 |   |   | 7,69%  |
| Manque d'information quant à l'existence de cette étude                                | 1 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   | 3,85%  |
| Les IADE sont les grands absents de cette étude                                        | 1 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   | 3,85%  |
| Obligation de le remplir en une fois                                                   | 1 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   | 3,85%  |
| Trop éloigné de la pratique quotidienne                                                | 1 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   | 3,85%  |
| Démarche de consultation est louable                                                   |   |   |   |   |   | 1 |   |   |   |   |   | 3,85%  |
| Retour d'information fait                                                              |   |   |   |   |   | 1 |   |   |   |   |   | 3,85%  |
|                                                                                        |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |        |
| <b>Ancienneté de diplôme</b>                                                           |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |        |
| 0 à 5 ans:                                                                             | 1 | 1 | 1 |   | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 65,38% |
| 6 à 10 ans:                                                                            |   |   | 1 |   |   |   |   | 1 | 1 |   | 1 | 15,38% |
| 11 à 15 ans:                                                                           |   | 1 | 1 |   |   |   |   |   |   | 1 | 1 | 15,38% |
| 16 ans et plus:                                                                        |   |   |   |   |   |   |   | 1 |   |   |   | 3,85%  |
|                                                                                        |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |        |
| <b>Secteur d'activité</b>                                                              |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |        |
| public                                                                                 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 76,92% |
| privé                                                                                  |   | 1 |   |   |   | 1 |   | 1 | 1 | 1 | 1 | 23,08% |