

Que peut faire l'IADÉ seul?

Surveillance, sédation, intubation,
anesthésie générale

JEPU 2011

Pourquoi se pose-t-on la question en 2011?

- Nous travaillons avec des IADE depuis 50 ans
- La CCAM a changé la donne en libéral
- Les métiers paramédicaux sont en restructuration avec la création de référentiels métier en cours d'élaboration au ministère
- Les pouvoirs publics souhaitent redéfinir les **délégations de tâche** et organiser des **transferts de compétence**

La délégation de tâche

- La **délégation** désigne l'action par laquelle le médecin confie à un autre professionnel de santé la réalisation d'un acte de soin ou d'une tâche
- **Il est possible de déléguer ou de transférer des actes de soins et des tâches**
- L'acte de soin peut se décomposer en tâches qui peuvent être indépendantes dans leur réalisation. Dans un même acte de soin certaines tâches peuvent être réalisées par des professionnels différents (induction par le médecin et surveillance par l'IADE)
- **La notion de délégation comprend l'idée de supervision**
- La responsabilité du délégant (le médecin) est engagée du fait de la décision de déléguer
- La responsabilité du délégué (IADE) est engagée dans la réalisation de l'acte
- Du fait de sa responsabilité, c'est le médecin qui décide de déléguer ou non; s'il délègue il décide de ce qu'il délègue
- Cette délégation se fait dans le **respect des textes réglementaires et des bonnes pratiques médicales**

Le transfert de tâche

- Le transfert se définit comme l'action de déplacer l'acte de soin d'un corps professionnel à un autre
- Dans ce cadre les activités sont confiées à une autre profession, y compris en terme de responsabilité
- Les professionnels sont alors autonomes dans la décision et la réalisation
- En ophtalmologie, des tâches ont été transférées du médecin vers l'opticien qui peut, sous certaines conditions, renouveler des verres

La compétence

- **Définition:** la compétence se définit comme la maîtrise d'une combinaison de savoirs (connaissance ,savoir faire, comportement et expérience) en situation (Matillon 2003)
- La compétence traduit la capacité du professionnel à mobiliser ses ressources (savoir, expérience...) dans une situation donnée
- **La compétence faisant référence à la personne qui l'a acquise ne peut se déléguer**
- La compétence peut être spécifique à un métier ou commune à plusieurs professions: seul le médecin a la compétence pour la consultation alors que la surveillance du patient anesthésié est de la compétence du médecin et de l'IADE

Compétence et qualification

- **La compétence** renvoie aux savoirs et à la capacité de les mettre en œuvre en situation
- **La qualification** renvoie à une habilitation du professionnel à pratiquer un certain nombre d'actes du fait de la possession d'un diplôme ou d'un titre équivalent
- Par exemple, le référentiel de compétence IADE fait référence à la pharmacologie et au choix des drogues mais **seul le médecin est habilité à définir le protocole anesthésique**

Le monopole médical

- **La profession médicale bénéficie d'une exonération au principe de protection de l'intégrité corporelle (art 16-3 du code civil). Cette exonération constitue "le monopole médical".**
- **Les actions des auxiliaires médicaux constituent une dérogation à ce monopole**
- **Ces dérogations sont définies pour chaque profession par des décrets d'actes; elles ne dépendent donc pas des compétences, mais de leur inscription dans le cadre légal**
- **Il existe une volonté de substituer la notion de mission à celles d'une liste d'actes**
- **En ce qui concerne les IADE, le décret sur la profession infirmier, définit déjà une mission plutôt qu'une liste d'actes**

Le décret de compétence infirmier

- L'infirmier anesthésiste diplômé d'état (IADE) est seul habilité, à condition qu'un médecin 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:
 - Anesthésie générale
 - Anesthésie loco-régionale et réinjection dans le cas où un dispositif a été mis en place par un médecin anesthésiste-réanimateur
 - Réanimation per opératoire
- Il accomplit les soins et peut, à l'initiative exclusive du MAR, réaliser les gestes techniques qui concourent à l'application du protocole.

Que peut-on déléguer ?

- La délégation doit respecter le cadre légal
- La délégation doit se faire dans le respect des règles de bonne pratique définie par les sociétés savantes et l'ordre des médecins
- Le conseil de l'ordre des médecins a défini, dans une recommandation les gestes qui sont du ressort exclusif du **médecin anesthésiste-réanimateur** (Recommandations sur les relations entre anesthésistes, chirurgiens et autres professionnels)

Que ne peut-on pas déléguer ?

- **la consultation pré-anesthésique**, qui est de la compétence de l'anesthésiste-réanimateur même si celui-ci peut s'entourer d'autres avis spécialisés (cardiologue, pneumologue...)
- **la prescription de l'anesthésie incluant le choix du type d'anesthésie** (générale, loco-régionale), des agents anesthésiques et des modalités de surveillance
- **le geste technique permettant la réalisation d'une anesthésie loco-régionale** (bloc tronculaire, bloc plexique, rachianesthésie, anesthésie péridurale ou caudale, anesthésie locale intraveineuse)
- **la prescription de médicaments ou de transfusions** rendus nécessaires par l'état du patient en cours d'anesthésie
- **la mise en œuvre de techniques invasives** (pose de voies veineuses profondes, sondes de Swan-Ganz)
- **la prescription de soins et des examens post-opératoires**
- **la décision de sortie de la salle de surveillance post-interventionnelle.**

Que dit la SFAR?

- *L'IADE travaille en équipe avec le médecin anesthésiste-réanimateur.*
- *La nature de ce travail tient à la fois de l'exécution de prescriptions médicales et de la réalisation de tâches clairement précisées (délégation de tâche)*
- *L'intervention de l'un et de l'autre varie selon l'importance des actes d'anesthésie et de chirurgie. L'IADE peut, **en présence du médecin anesthésiste-réanimateur**, procéder à l'induction d'une anesthésie générale suivant la prescription du médecin ou le protocole établi.*
- *Le médecin anesthésiste-réanimateur peut lui confier **la surveillance** du patient en cours d'anesthésie à la condition expresse de rester à **proximité immédiate** et de pouvoir intervenir sans délai*
- *Le médecin anesthésiste-réanimateur doit être obligatoirement et immédiatement **informé de la survenue de toute anomalie**.*

Où est le médecin?

- Le décret infirmier précise que le **médecin doit pouvoir intervenir à tout moment**
- La SFAR rajoute qu'il doit être **à proximité immédiate**
- Pour remplir ces conditions:
 - L'anesthésiste est dans le bloc donc pas dans les étages ou à la consultation
 - Il doit pouvoir se libérer de ce qu'il est en train de faire
 - L'IADE ne peut pas être seul à la radio pendant que le médecin est au bloc central

Et pour demain?

Réingénierie des Professions Paramédicales : (en cours)

- Rapport Berland 2006 : Démographie et transfert de tâches
- Accords dits de Bologne (2002) sur le LMD
- V.A.E. (Loi de modernisation sociale 2002)



Réingénierie : potentiels transferts de tâches :



- Palliatif crise démographie médicale
- Intérêt économique (moins diplômé, moins payé)

Méthodologie de la DHOS

- Modèle de construction de références de diplômes, commun au niveau européen

Description des activités ↓	Référentiel métier	Finalisé
Description des compétences ↓	Référentiel de compétences	Finalisé
Description des savoirs	Référentiel de formation	En cours de rédaction

Les compétences complémentaires

- Entretiens IADE pré et post op # CS - AR et visite = actes médicaux exclusifs
- Surveillance et entretien de l'anesthésie : réalisation de l'induction avec le Méd. AR. Maintien de l'équilibre physiologique et entretien de l'anesthésie (réinjection sans prescription)
- Pathologie : appel au MAR
- Gestion des risques : évaluation, méthodes (EPP, RMM)
- Douleur postop. : Rôle dans l'évaluation et la prescription dans le cadre de protocoles

Coopération et loi HPST

- **La loi HPST comporte un volet sur les coopérations complété par un arrêté**
- **Deux professionnels de santé proposent un protocole de coopération**
- **Ils définissent le champ de cette coopération et la nature des activités**
- **L'ARS donne un avis sur le besoin régional correspondant à cette coopération**
- **Ce projet doit être validé par la HAS qui est le garant de la qualité des soins et de la cohérence du projet.**
- **Il fait ensuite l'objet d'un arrêté de l'ARS**
- **D'autres professionnels peuvent ensuite adhérer au protocole**
- **Le protocole peut ensuite être repris par les ARS d'autres régions**

Objectifs des coopérations entre professionnels de santé

- **L'amélioration de la qualité des soins**
 - **Amélioration de l'accompagnement du patient (information, écoute..)**
 - **Amélioration de l'accès au soin (réduction des délais de rendez-vous..)**
 - **Amélioration de la réactivité de la prise en charge (alerte, adaptation plus rapide d'un traitement)**
 - **Développement de prise en charge supplémentaires (éducation thérapeutique)**
- **La valorisation des professions de santé**
 - **Pour les médecins: recentrage sur le cœur de métier**
 - **Pour les professions non médicales:**
 - **Reconnaissance de compétences complémentaires acquises par l'expérience et les formations.**
 - **Ouverture de perspectives de carrière**

L'avenir

- Un récent rapport, remis au Ministre de la santé propose la création de nouveaux métiers en santé
 - Construits à partir des métiers paramédicaux existants
 - Mode d'exercice et responsabilités définies
 - Professions médicales à compétences définies

CONCLUSION

- Le partage des tâches entre médecins et paramédicaux est en pleine évolution
- Cette évolution est voulue par les pouvoirs publics sous la pression d'une crise démographique et financière
- Mais pour les anesthésistes-réanimateurs l'anesthésie est, et doit rester, un acte médical