

La pratique avancée en anesthésie : le danger organisé pour tous

Q u'est-ce que la pratique avancée et qu'implique-t-elle ? Quelle est la position du SNPHARE ? Ce travail de réflexion va tenter de répondre à toutes les questions que tous les lecteurs de PHARE peuvent se poser à ce sujet.

PRATIQUE AVANCÉE, POURQUOI ?

La création de la pratique avancée vise à résorber des problèmes localisés d'accès aux soins dans un contexte de tension démographique des professionnels médicaux, en accentuant la prévention et les soins à domicile dans les pathologies chroniques d'une population vieillissante, précaires au cœur des villes ou dans des régions reculées. En outre, elle favorise la diversification de l'exercice des professionnels paramédicaux et débouche sur le développement des compétences vers un niveau de maîtrise plus développé.

LA PRATIQUE AVANCÉE POUR QUI EXACTEMENT ?

Les auxiliaires médicaux sont les infirmiers, aides-soignants, auxiliaires de puériculture, ambulanciers, kinésithérapeutes, orthophonistes-orthoptistes, pédicure-podologues, ergothérapeutes-psycho-motriciens, manipulateurs radio, techniciens de laboratoire médical, audioprothésistes-orthésistes-opticiens et diététiciens.

À ce jour, seuls les infirmiers peuvent exercer en pratique avancée dans une équipe de soin coordonnée par un médecin ou en assistance d'un médecin spécialiste hors soins primaires en pratique ambulatoire. Il leur faut, pour exercer, obtenir le diplôme d'Etat d'infirmier en pratique avancée et justifier de trois années d'exercice à temps plein de la profession d'infirmier.

Ce diplôme permet d'acquérir des connaissances théoriques et des compétences cliniques supérieures leur permettant d'exercer dans un domaine autorisé.

BON À SAVOIR

Le médecin garde le leadership (et la responsabilité ultime) du diagnostic et de la conduite du projet thérapeutique. De son côté, l'infirmière en pratique avancée (IPA) peut suivre, avec l'accord du médecin, les patients qu'il lui confie, sur la base d'un protocole d'organisation établi pour préciser les modalités de leur travail en commun. L'IPA détient alors la responsabilité du suivi régulier des patients pour leurs pathologies et peuvent prescrire des examens complémentaires, demander des actes de suivi et de prévention ou encore renouveler ou adapter, si nécessaire, certaines prescriptions médicales. Ces compétences sont donc élargies par rapport à celles de l'infirmier diplômé d'Etat.

INFIRMIÈRE EN PRATIQUE AVANCÉE (IPA), L'EXEMPLE FRANÇAIS

L'auxiliaire médical en pratique avancée participe à la prise en charge globale des patients dont le suivi lui est confié par un médecin et dans le cadre du parcours de soins coordonné par celui-ci, conformément aux dispositions de l'article L. 4301-1 du Code de la santé publique. La conduite diagnostique et les choix thérapeutiques sont définis par ce médecin et mis en œuvre dans les conditions définies aux articles R. 4301-2 à R. 4301-7 et D. 4301-8.

En France, on recense, 4 domaines d'intervention en soins infirmiers :

- Pathologies chroniques stabilisées dont la liste est établie par arrêté du ministre chargé de la santé ;
- Oncologie et hématologie ;
- Maladie rénale chronique, dialyse, transplantation rénale ;

● Psychiatrie et santé mentale.

D'autres devraient suivre, en commençant par la spécialisation dans les soins d'urgence à l'hôpital ou encore celle liée à la gérontologie.

Pour chaque profession d'auxiliaire médical en pratique avancée, un décret en Conseil d'État définit les domaines d'intervention en pratique avancée, les conditions et les règles de l'exercice en pratique avancée.

Le professionnel agissant dans le cadre de la pratique avancée en soins infirmiers est responsable des actes qu'il réalise dans ce cadre. Si, pour l'heure, l'infirmier ne dispose pas d'un régime de responsabilité spécifique, l'accroissement des nouvelles compétences, avec l'émergence de l'exercice en pratique avancée aura certainement une incidence sur la responsabilité.

QUELS ENJEUX DANS LA PRATIQUE AVANCÉE IADE ?

L'anesthésie est une spécialité à risque réglementée par le décret 94-1050 du 5 décembre 1994 « relatif aux conditions techniques de fonctionnement des établissements de santé en ce qui concerne la pratique de l'anesthésie ». Ce décret a été une avancée historique et un apport majeur pour la sécurité du patient.

Le rôle de l'infirmière anesthésiste diplômée d'État (IADE) est décrit dans un décret de compétence dont la dernière version (2017-316) a été publiée au JO du 10 mars 2017. L'exclusivité d'exercice qui y est décrite comporte un lien obligatoire avec les médecins anesthésistes réanimateurs (MAR). Il n'y a pas de lien de responsabilité avec d'autres spécialistes médicaux ni chirurgicaux, ce qui fait de la relation MAR- IADE une relation privilégiée en confiance et en étroite coopération. Ce décret propose une marge d'autonomie sous la responsabilité du médecin qui donne tout son intérêt à la profession d'IADE.

Le passage à une pratique avancée dans une situation aiguë comme l'anesthésie ouvrirait la porte vers une possibilité de délégation d'actes hors du champ de compétence et de responsabilité de l'IADE, avec mise en danger de l'infirmier anesthésiste, confronté à des situations pathologiques non connues.

La Fédération Européenne des Médecins Salariés (FEMS) et l'association médicale mondiale (World Medical Association) se sont exprimées sur la création de ces nouveaux métiers qui incluent des transferts de tâches : elle ne peut se faire qu'en pleine coopération avec les professionnels de santé, et n'est pas acceptable quand elle menace la sécurité des patients et la qualité des

soins pour régler des problèmes de financement et/ou une mauvaise organisation des systèmes de santé (Dr C Wetzel, colloque Avenir Hospitalier, 2014, résolution de la WMA F09-106 sur le transfert de tâches, 2009).

En outre, l'argument de la pénurie de médecins anesthésistes-réanimateurs ne peut pas conduire à une démedicalisation de l'exercice de l'anesthésie : c'est bien cette médicalisation depuis un siècle qui a permis de rendre possible et sécuritaire l'anesthésie. Cette position est cohérente avec les recommandations internationales, notamment celles de l'American Society of Anesthesiology (<https://www.asahq.org/standards-and-guidelines/statement-on-qualifications-of-anesthesia-providers-in-the-office-based-setting>).

D'ailleurs, les rares études sur le bénéfice-risque des anesthésies non supervisées par des médecins n'ont jamais permis de conclure à une quelconque sécurité de cette délégation de tâche en raison de biais majeurs de méthodologie (Evidence Brief: The Quality of Care Provided by Advanced Practice Nurses, McCleery, 2014).

DU CÔTÉ DU SNPHARE

Pour le SNPHARE, le changement de statut de l'IADE ne permet de répondre à aucun des objectifs de la pratique avancée (améliorer l'accès aux soins en réduisant la charge de travail des médecins dans des pathologies bien définies). Déléguer les actes de l'anesthésie vers une profession non médicale ne serait pas un progrès mais une régression, aboutissant à la dégradation de la sécurité du parcours anesthésique. C'est le travail d'équipe qu'il faut valoriser, c'est-à-dire le binôme MAR-IADE et la synergie de leurs compétences qui sont un gage de qualité et de sécurité des soins pour le patient. La volonté de faire évoluer la profession d'IADE a été accentuée par la crise sanitaire et un Ségur ne répondant pas aux attentes. Cependant, les modalités d'évolution restent floues et la pratique avancée ne répond pas à la problématique rencontrée par les IADE.

La spécificité du métier « IADE » et la qualification « Master 2 » appelle à une évolution statutaire qui doit à la fois reconnaître les compétences spécialisées et exclusives, via une autre réglementation que la pratique avancée telle qu'elle est décrite, et revaloriser de manière notable la grille salariale. Le SNPHARE soutient les IADE dans la nécessaire reconnaissance de la plus-value qu'ils apportent dans l'exercice de l'anesthésie.

Emmanuelle Durand, vice-présidente du SNPHARE