



## La pratique avancée n'est pas une pratique arrangée

Le SNPHAR-e syndicat de médecins anesthésistes-réanimateurs, a publié lors de son 97e numéro de sa revue professionnelle, un article sur les IADE et la pratique avancée : *“IADE et pratiques avancées : une réflexion spécifique est nécessaire”*(1), de la main de son ex-présidente, le Dr Emmanuelle Durand, praticien hospitalier au CHU de Reims.

Nous ne pouvons que nous réjouir de l'intérêt porté par nos collaborateurs, qui partagent avec notre profession réglementée, la pratique de l'anesthésie.

Si l'exercice est commun, le discours et les intentions semblent tout de même manquer de résonance, pour se complaire dans une certaine aisance cognitive. Le dogme médical se charge de retranscrire, pour représentation, la « bonne pensée stigmatisée », emprunte d'une tonalité scientifico-législative, relayée dans chaque intervention de leur CNP de spécialité.

Nous ne sommes jamais conviés à nous concerter sur les organisations médicales, qui, pourtant, impactent directement notre exercice. L'inverse est un prérequis imposé. Seul le monde médical semble pouvoir bénéficier de ce droit de regard et de décision. Le consensus se substitue alors à la concertation. Il a pour vocation d'écarter tout désaccord pointé et permet de vider de sa substance, toute nouvelle orientation proposée en dehors de ce cercle.

Les mêmes raisons sont chaque fois évoquées : risque pour le patient du fait de la qualification du soignant autre que médical et responsabilité du MAR vis-à-vis de l'IADE qu'il supervise.

Bien qu'étudiés et relayés dans plusieurs écrits, les argumentaires exposés ne semblent pas recevables au corps médical. Le rapport IGAS propose ce premier constat.

Selon les conclusions de celui-ci :

*“les conséquences juridiques d'un nouveau partage des compétences sont, en pratique, limitées : les médecins n'assument aujourd'hui cette responsabilité au profit des paramédicaux, que quand ils interviennent sous leur supervision dans un cadre non-salarié, sans avoir commis de faute personnelle. Quand ils exercent en tant que salariés, hors faute personnelle, la responsabilité est assurée par l'employeur. En cas de faute personnelle ou*

*s'ils interviennent sur prescription ou dans le cadre de leur rôle propre, les paramédicaux assument déjà en propre la responsabilité de leur intervention.*

*“Les réticences plus ou moins fondées de certains acteurs :*

*Les principales craintes mentionnées par ces derniers concernent :*

- *la dégradation de la qualité des soins ou de la sécurité des patients ;*
- *les incertitudes en termes de responsabilité juridique que peut entraîner le partage des tâches ;*

*Les IADE mettent en exergue le décalage entre la réalité et les normes affichées.*

*Ainsi, même quand ils assurent dans les faits, sans présence physique du médecin anesthésiste, la gestion d'un patient en salle d'opération, le rôle des infirmiers anesthésistes n'est, aux dires de ces derniers, quasiment jamais mentionné dans les comptes-rendus post-opératoires, le médecin ou la structure assumant en tout état de cause la responsabilité de l'intervention en cas d'événements indésirables.*

*On peut cependant noter qu'en dépit des très nombreuses délégations de tâches dont témoignent à la fois les IADE et les MAR, le nombre d'incidents en salle d'opération n'a cessé de diminuer au cours des 20 dernières années et la sécurité anesthésique n'a cessé d'augmenter. Dans les cas où les patients sont conscients d'avoir été pris en charge par un autre professionnel en lieu et place d'un médecin, on n'a pas non plus constaté d'augmentation des plaintes au regard de la qualité des soins prodigués.*

*Les IADE évoquent une "autonomie médicalement supervisée ", dans laquelle, même si le médecin est à proximité sur le site, l'IADE n'intervient pas nécessairement en sa présence ni sous sa supervision directe. Au contraire, il peut intervenir seul en salle et prendre un certain nombre de décisions, y compris d'adaptation qualitative et quantitative de prescription sans en référer au médecin, dans le cadre du respect de la stratégie anesthésique définie par le MAR. La sécurité de cette pratique est admise par les assurances elles-mêmes et ne contrevient pas au décret de 2017. “(2)*

*Selon les données recueillies auprès de la MACSF : “En 2020, les 5 210 sociétaires anesthésistes-réanimateurs de la MACSF ont une sinistralité de 2,02 % contre 3,46 % en 2019. La sinistralité est à 11,43 %, contre 17,92 % en 2019, pour les 770 anesthésistes-réanimateurs libéraux”.(3)*

*“Le rapport au médecin est donc en réalité autant distancié sur le plan clinique pour les IADE que pour les IPA qui s'inscrivent également dans une démarche thérapeutique décidée par le médecin. Seule la cinétique d'action diffère : la situation de risque vital pour le patient exige une proximité physique du médecin plus importante pour les IADE que pour les mentions actuelles d'IPA.*

*Rappelons que : la situation des IADE se rapproche de celle des IPA Urgences et des IPA qui exercent au sein d'une équipe où le médecin est en permanence accessible.” (2)*

*“Le point d'achoppement réel n'est cependant pas esquivé : « C'est dans ce contexte que sort la loi sur la pratique avancée avec l'arrière-pensée qu'entre 3 ans d'études pour les infirmières et 10 ans pour les médecins, il y avait de la place pour une profession qui assurerait une part du travail des médecins pour un salaire moindre. » (1)*

*Il convient en réponse, de rappeler la nécessité d'un cycle de sept années pour former un(e) IADE. Notre formation exige une licence, puis un minimum de deux années d'exercice afin de se présenter au concours d'entrée en école, pour y suivre deux années complémentaires, pour un cursus reconnu MASTER 2. Ajoutons que le répertoire national de la certification professionnelle (RNCP), classe le DEIA au niveau 7 de qualifications (Code NSF 331t : (Diagnostic, prescription, application des soins).*

Chacun s'accorde sur la qualité de l'enseignement médical français. Cela est également effectif en ce qui concerne, le cursus IADE. Nul besoin de stigmatiser l'un pour légitimer l'autre. Si l'on raisonne en simple durée, le cursus IADE se rapproche plus du cursus médical que de la licence. Les enseignements étant dispensés par les MAR, eux-mêmes, il devient scabreux d'en décrier le niveau. L'écueil est pourtant bien présent, puisque ces deux années d'exercice imposées ne sont nullement considérées, là où dans le cursus médical, ces temps sont intégrés dans la maquette de formation. Il devient alors tout aussi incohérent de ne pas apporter de correctif que d'en négliger purement et simplement l'existence.

Il est fort probable d'entendre ces propos réitérés dans les prochaines discussions ; alors portons un autre questionnement :

**« Quel devenir pour la profession IADE : pratique avancée ou pratique arrangée ? »**

Pour l'ex présidente du SNPHAR-e, la pratique avancée n'est qu'un concept récent.

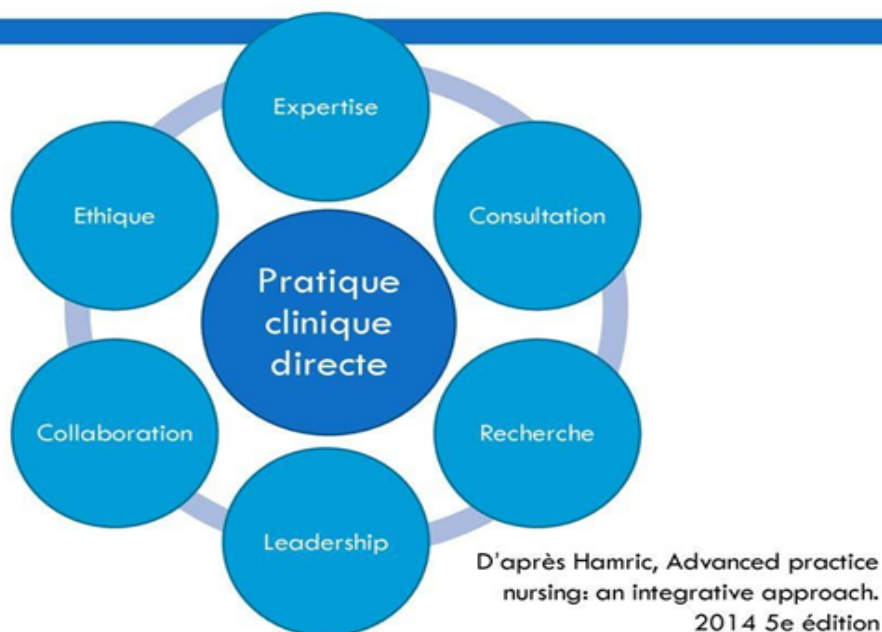
Il n'en est rien en réalité.(4)

La pratique avancée est née aux États-Unis en 1940, particulièrement sous l'impulsion de l'infirmière et docteur en éducation Hildegarde Peplau.(5) Initialement, la pratique avancée infirmière fut fortement liée à diverses spécialisations, notamment celle de l'infirmier anesthésiste et de l'infirmier sage-femme. Mue par cette dynamique, le Canada a vu émerger l'infirmière clinicienne spécialisée (ICS) et l'infirmière praticienne spécialisée (IPS), qui constitue les deux rôles de l'infirmier en pratique avancée (IPA). En 1954, la professeur Hildegarde Peplau créa le premier programme de maîtrise en soins infirmiers psychiatriques à l'Université Rutgers dans l'État du New Jersey. En 1965, le rôle d'IPS vit le jour : il s'agissait de répondre d'une part à l'augmentation des coûts liés au système de santé, d'autre part une mauvaise gestion des ressources matérielles, humaines et financières, et par ailleurs à une pénurie chronique de main d'œuvre.(6)

À présent, plus de 60 pays ont implanté des rôles de pratique avancée infirmier dans le monde. (6)

Cette pratique avancée s'articule sur sept rôles clés.(7)

## Modèle international



Annette Kennedy, la Présidente du Conseil Infirmier international a déclaré, concernant le rôle des infirmiers anesthésistes : « *Durant la pandémie de COVID-19, le rôle des infirmières anesthésistes, comme des autres infirmières de pratique avancée, a été vital pour les soins, le traitement et même la survie des patients. Ces directives visent à clarifier le rôle et la pratique des infirmières anesthésistes et à faire en sorte que la fonction continue d'évoluer pour appuyer des soins d'anesthésie sûrs et abordables aux populations du monde entier.* »(8)

Né en 1940 à l'international, il faut attendre 2003 pour que ce concept suscite un semblant d'intérêt auprès de nos tutelles au travers des rapports de M. Yvon Berland de 2003 et 2011.

Timidement rejoint par l'HAS en 2008 et son concept "*Délégation, transfert, nouveaux métiers*", l'évaluation confiée à M. le député Cyrille Isaac-Sibille, n'intervient qu'en 2021, pour démontrer les limites imposées par le corps médical.

Une publication de l'ancien ministre de la Santé, M. Olivier Véran : « *Hôpital cherche médecin coûte que coûte* » semblait faire écho à ces propos.

La France semble s'évertuer à évoluer sous contrainte d'un dogme médical omnipotent. Il semble plus aisé d'obtenir l'assentiment lorsque l'on tient la plume.

Seule inflexion à ce programme : la contrainte administrative et/ou financière.

Un regain pour l'intérêt général est alors évoqué afin de légitimer le rouleau compresseur.

C'est ainsi que les accords de Bologne, qui tardaient à être signés, ont promulgué les élèves infirmiers jusqu'alors réduits à une dimension professionnelle non désirée, au rang d'étudiants. Joli tour de passe-passe qui permettait dans le même temps d'échapper aux sanctions de l'Union européenne tout en revalorisant le taux d'employabilité d'étudiants formés par l'université. Il suffisait d'intégrer les formations professionnelles ! (9)

***Notre profession, a-t-elle pour autant bénéficié de l'outil universitaire et se l'est-elle appropriée ?***

Autorisons-nous ce léger détour par l'université et évoquons les sciences infirmières :  
« Sous-science médicale ou souciance induite ? »

Il faut, en préambule, définir cette science.

Elle représente et désigne l'ensemble des savoirs théoriques, cliniques, éthiques et pratiques issus des modèles conceptuels en soins infirmiers enseignés par des pairs.

Dans la pratique des soins infirmiers, la science infirmière regroupe la recherche clinique infirmière, l'évaluation infirmière, l'éducation infirmière, la dispensation des soins infirmiers par les infirmières et infirmiers, le plan de soins infirmiers ou encore la relation d'aide en soins infirmiers.

Dans le cadre théorique, elle représente les concepts fondamentaux en soins infirmiers, le raisonnement clinique infirmier ou encore l'éducation à la santé.

La science infirmière se centre également sur l'étude des diagnostics infirmiers.(10)

Les sciences infirmières explorent un champ de pratiques. Même si elles tiennent compte des connaissances du modèle médical, les infirmières développent leurs compétences propres au fur et à mesure de leur expérience.

Ces savoirs ou théories viennent tout juste en France, de devenir académiques. Ils ne bénéficient donc pas d'une appropriation suffisante des professionnels et d'une reconnaissance avérée de leurs missions proposées au public. Alors que l'université est censée portée des ajustements, les professionnels peinent à identifier leurs pairs, à bénéficier d'une accessibilité aux savoirs permettant d'exprimer et d'approfondir ce qu'ils observent de manière empirique.

Enseignants et professionnels s'interrogent de savoir si une discipline académique en sciences infirmières, permettrait l'autonomie par rapport aux facultés de médecine ? Jusqu'à la réforme de 2012, les cadres enseignants étaient les principaux acteurs de l'enseignement. Des intervenants médicaux complétaient l'exercice sans que des ratios ne soient réellement établis. La réingénierie de notre profession a clarifié et uniformisé les interventions universitaires.

L'universitarisation, jusque-là légitimée par les seuls acteurs doctoraux médicaux, a vu apparaître de nouveaux intervenants avec la création du Conseil National Universitaire (CNU). La profession infirmière a adopté, dans le même temps, le concept de sciences infirmières en promulguant les parcours doctoraux et en créant le statut de professeur universitaire.

Les enjeux et les inquiétudes liés à la réforme sont nombreux. La création et la transmission des savoirs sont amenées à évoluer, tant sur le fond que sur la forme. La mutation des missions et la nouvelle répartition pressentie des rôles se décrivent alors en termes d'opportunités, mais aussi de risques. Interrogations et mécanismes de résistance peuvent alors interférer.

***L'émancipation d'une profession est ainsi. Elle est inéluctable.***

Le questionnement qui survient alors, est de s'interroger des impacts sur la transmission de la culture infirmière. Propos redondant dans de nombreuses discussions animées.

Si l'on considère que cette culture est indissociable d'une histoire, de savoirs uniques et spécifiques, formels et informels, d'une sémantique et d'une posture que seuls nos pairs peuvent enseigner, ces inquiétudes prennent tout leur sens. Si à cela, chaque groupe constitué doit lutter pour sa subsistance financière et identitaire, la défiance sera de mise.

Les infirmier(e)s et plus spécifiquement les IADE qui disposent d'un corps spécifique, sont très attaché(e)s à leurs valeurs et leur identité. Le corps médical est quant à lui, peu enclin à réviser son monopole.

La formation professionnalisante semble se heurter aux modalités universitaires par un sentiment de dilution des savoirs faire et des savoirs être. L'identité IADE semble ainsi « menacée ».

Pourtant, de nombreux professionnels investissent diverses formations universitaires alors que les modalités imposées n'invitent guère à retenir les orientations prescrites. Les cadres enseignants et les professionnels eux-mêmes, s'interrogent et appréhendent une éventuelle reprise de pouvoir médical, du fait d'une réforme imposant l'universitarisation. Les savoirs médicaux pourraient alors être retenus comme seuls savoirs experts de référence. **« Le souci des formateurs et des professionnels infirmiers est de se voir désappropriés de leur champ de compétences, de voir les traditions de créativité et d'autorégulation du milieu infirmier menacées par la régulation dirigiste d'un managérialisme impersonnel académique. Ils redoutent de voir le cœur de métier mis à mal du fait de l'universitarisation des études qui amène des étrangers, des profanes, à pénétrer dans leur univers sacré »** (11)

Les cadres enseignants, pour l'essentiel détachés des soins, sont propulsés dans ce système compétitif, alors qu'ils bénéficiaient d'une sorte d'exclusivité. Ils s'interrogent sur leur devenir et des modalités intégratives auxquelles ils devraient se soumettre. Le niveau doctoral, devenu norme, n'a fait que renforcer leur défiance.

La profession IADE redoute de se voir imposer une autorité du doyen de faculté qui, disposerait de tout pouvoir et pourrait à sa guise, ajuster les contenus, les volumes et les modalités d'enseignements. Très attaché à la dimension professionnalisante, il ne retrouve pas plus la dimension clinique auprès du cadre enseignant que du doctorant. Aujourd'hui, le nombre anecdotique d'IADE pouvant accéder à ces parcours doctoraux ne permet pas d'influer positivement sur ces mécanismes identitaires. Si à cela, s'ajoute le manque de valorisation et de reconnaissance des diplômes universitaires acquis, la question de l'investissement est posée. Si la finalité statutaire n'est, en plus, pas à la hauteur des attentes exprimées, le rejet d'un nouveau système devient une évidence.

Le Conseil National Professionnel a pour mission, financée par nos tutelles, d'instituer un Conseil scientifique indépendant et donc de faire cohabiter ces différents acteurs et leurs différentes approches pédagogiques. L'état d'avancement de ce projet semble à l'image du chantier en cours...

Les entités IADE se projettent, malgré tout, sur une véritable filière universitaire, par le biais de Hautes Écoles de Santé, indépendantes des facultés de médecine ou par le biais de départements autonomes au sein des facultés de médecine.

Pour ce faire, c'est un statut d'enseignant-chercheur et clinicien qu'il faut promulguer.

L'IADE n'est pas un simple technicien dénué de réflexion. Il ne choisit pas entre le "care" et le "cure".

Il pourrait se voir accompagné de cadres enseignants qui maintiendraient l'identité professionnelle et l'accessibilité au compagnonnage immersif des terrains de stage et des doctorants universitaires, dont l'expertise et la diversité sont aujourd'hui essentielles. Plus qu'un maillon, c'est un parcours et un statut qui semble être manquant. *«La finalité connue serait de se réunir en groupes organisés, en principe capables de se constituer en acteurs collectifs, de se structurer pour agir, de conduire des stratégies précises et cela dans l'objectif, général de défendre les intérêts de leurs membres.»* (12)

Cet ajustement de schéma implique une reconnaissance mutuelle des professions et de leurs champs d'expertise. Les conventions rédigées entre écoles et universités permettent déjà de satisfaire ce lien qu'il convient de parachever.

Plus largement, il s'agit de reconnaître les sciences infirmières dans la culture française.

Exercice tout aussi délicat que de rallier le monde universitaire au monde professionnalisant, tant la diversité d'exercice est riche. Si à cela, on ajoute la possibilité pour certains infirmiers de se spécialiser par un master professionnellement dédié, ou destiné aux différentes professions paramédicales, l'imbroglio s'installe.

Or, les spécialisations de plus en plus pointues acquises sur le terrain et la variabilité des rôles et des missions selon les lieux d'exercice, s'ajoutent aux différences occasionnées par les différents niveaux d'études, entraînant une sorte de subdivision verticale et horizontale des tâches qui éprouve considérablement la cohésion de la profession infirmière.

Les compétences se croisent et les reconnaissances statutaires, sociales et financières peu uniformes, achèvent cette subdivision.

Les infirmiers découvrent, ou redécouvrent, que les sciences infirmières n'ont pas de reconnaissance en tant que discipline et que l'universitarisation représente peut-être l'opportunité d'accéder à cette reconnaissance, via la création d'un département universitaire ou la création de hautes écoles en soins infirmiers.

Perte d'énergie et de repères sont les confluent d'une errance.

**Comment franchir le pas vers la reconnaissance et l'autonomie tant attendues ?**

La profession désire se voir reconnaître son autonomie, ce qui vient directement interroger le pouvoir médical. Nous l'avons également vu, la profession infirmière est riche et variée de groupes professionnels.

Il convient donc d'apporter quelques éclaircissements.

### **Profession, métier et groupe professionnel**

Le terme de « groupe professionnel » désigne l'ensemble des infirmiers et infirmières. Lorsque nous évoquons leur activité, nous employons le terme de métier infirmier.

Nous constatons ici que le terme de « profession » est employé, dans un article réglementaire, ce qui contribue à maintenir l'ambiguïté.

Il est donc nécessaire de revenir à la définition même de ce qu'est une profession.

Selon Isabelle Féronie, les traits caractéristiques d'une profession au sens sociologique (anglo-saxon) du terme, par lequel les infirmières tentent de se faire reconnaître :

- L'acquisition d'une forte autonomie : par le contrôle de la formation, des pairs et des normes d'activité
- L'élaboration d'un corpus de savoirs théoriques, par des activités de recherche, transmis par l'université
- La construction d'une déontologie professionnelle.
- La création d'un ordre infirmier et l'« universitarisation » de la formation sont les jalons les plus récents de cette évolution.»(13)

Selon cette acception, nous pouvons constater que le groupe professionnel IADE est reconnu en tant que profession réglementée. Pour ce faire, les IADE ont affirmé leur singularité au regard des autres groupes professionnels. Cela implique que, sans conteste, les IADE sont à même de se rendre indispensables, de s'auto-organiser, de défendre leur autonomie et leurs domaines de compétence, de se protéger de la concurrence, d'obtenir un monopole.

Ces modes de reconnaissance professionnelle sous-entendent plusieurs niveaux d'harmonisation des rapports de pouvoir : avec les professions proches, avec les autorités légitimes, avec les instances étatiques. et avec les usagers de leurs prestations.

### **Références internationales**

La simple évocation des références internationales induit des crispations de part et d'autre.

Nul besoin d'évoquer le regard médical sur ce sujet, il est déjà maintes fois retranscrit au travers des comptes rendus de réunions dits de « concertation ». Il est constant dans l'opposition.

Ce qui est relevé comme « plus surprenant » s'avère être la diversité des positionnements de la profession IADE. Est-ce réel ?



Il faut dire que le modèle de pratique avancée retenu par le système de soins français, s'avère quelque peu restrictif. Les seuls acteurs reconnus dans ces prérogatives, les IPA, en critiquent eux-mêmes les modalités. Bilan relayé dans le rapport IGAS. Les IADE en avaient souligné les limites lors des réunions de concertation. Difficile de faire l'acquisition du modèle pour certains, tant la lecture du mode d'emploi demande un investissement certain. Pour ceux qui y parviennent, les limites sont perçues comme telles, qu'il faudrait déjà remanier la modélisation avant même de pouvoir penser l'intégrer. Si à cela, on ajoute la confusion induite de certains parlementaires, associée à une communication partisane de certaines organisations syndicales, ne disposant pas de la palette de mandats nécessaires, car restreinte à la position de leur centrale et des décisionnaires médicaux, relayés sous le manteau, la confusion devient perceptible.

De nombreux ajustements sont en cours. Là encore, plus que de relever l'intérêt général, nos tutelles s'attachent à ne pas froisser les instances représentatives médicales, dont les arguments peinent de plus en plus, à demeurer entendables dans la situation sanitaire actuelle. Bien évidemment, la responsabilité ne serait pas partagée et trouverait son origine unique dans les politiques de santé. Il est vrai qu'aucun rapport ne dénonce l'appropriation faite par certaines instances du corps médical, laissant démunis et désemparés leurs propres collègues réellement investis et là où les paramédicaux, pourtant reconnus pour leur qualités d'empathie et de résilience, préfèrent renoncer purement et simplement à exercer. (14)

Plusieurs solutions étaient pourtant offertes.

La première était une proposition commune portée par la SOFRIPA et la SOFIA dans un communiqué commun : « *Il semblerait aussi nécessaire de redéfinir les contours de l'exercice en pratique avancée pour prendre en compte les études et retours d'expériences menées à l'étranger et promouvoir davantage le « Blended Role APN's ». Un IPA qui collabore avec le corps médical et non un IPA sous subordination et supervision.* ». (15) Les contours reprenant des modalités de formations communes, l'élargissement de l'activité praticienne, le premier recours...

Si les IADE demandent à être reconnu(e)s dans un exercice de pratique avancée, ils ne demandent pas pour autant à intégrer les modalités actuelles de la pratique avancée pour devenir IPA, mais à intégrer un chapitre plus ouvert, pouvant être ajusté, à savoir celui d'AMPA. La nuance est subtile, mais elle a son importance.

Faut-il encore que les prérogatives adossées à l'exercice en pratique avancée, soient comprises et intégrées par l'ensemble de la profession IADE, et non soumises à des mandats syndicaux incomplets et non explicités.

Quant à affirmer que : "*le problème de l'accès direct à l'offre de soins par l'infirmière qui n'a pas encore été mûrement réfléchi [...]*", comme l'écrit Mme Durand, ne l'a été en fait que trop depuis 2003 et le rapport Berland, mais ne doit sa remise aux calendes grecques, qu'à un lobbying médical appuyé, dans les travées des chambres parlementaires de notre nation égalitaire.

La pratique avancée est internationale et madame Durand oublie pudiquement le lobbying médical forcené en novembre 2020 (les syndicats de médecins hospitaliers, de médecins libéraux, les présidents des conférences des doyens des facultés de médecine, de pharmacie et d'odontologie, le conseil national de l'ordre des médecins) qui s'est opposé à

la profession intermédiaire, promue via une *proposition de loi n° 3470 visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification*, déposée par la députée “en Marche” Stéphanie Rist. (16)

De quel référentiel de pratique avancée parlons-nous ?

### **Le conseil international infirmier (CII), autorité référente :**

Créé en 1899, ce conseil est la plus ancienne organisation de la santé. Elle regroupe plus de 130 associations nationales et représente plus de 28 millions d'infirmiers de par le monde.

À titre de comparaison, la WFSA (World Federation of Societies of Anesthesiologists) regroupe 132 sociétés. Le CII œuvre pour des soins de qualité pour tous et pour des politiques de santé solides, partout dans le monde. Le CII défend les progrès dans les connaissances en sciences infirmières et la présence, au niveau mondial, d'une profession infirmière respectée et d'une force de travail infirmière compétente et satisfaite. (17)

Le CII a développé le [Réseau des Infirmières praticiennes/de pratique infirmière avancée](#) afin de faciliter la communication sur des sujets d'intérêts professionnels communs. Le conseil international infirmier a de plus, la capacité de produire des travaux.

Il a (selon le mot de l'ancienne présidente du snphar-e, Madame Wernet à la 4e réunion de l'IGAS à Paris) “autoproclamé” la définition de la pratique avancée. En effet, l'ICN n'a pas daigné solliciter les médecins, arguant du fait que les membres de l'ICN fussent tout à fait capables et légitimes de définir un pan de leur activité, sans recevoir l'onction médicale.

Au reste, qui a “autoproclamé” la définition de l'anesthésie sur le plan international ?

La définition de la pratique avancée est définie depuis 2008 par le conseil international des infirmières (CII ou ICN) comme étant « *Une infirmière qui exerce en pratique avancée est une infirmière diplômée qui a acquis des connaissances théoriques, le savoir-faire nécessaire aux prises de décisions complexes, de même que les compétences cliniques indispensables à la pratique avancée de sa profession. Les caractéristiques de cette pratique avancée sont déterminées par le contexte dans lequel l'infirmière sera autorisée à exercer* ». (18)

Le docteur Durand poursuit sur le versant hasardeux de la comparaison sans référence.

*“Et plutôt que de copier un modèle nord-américain dont personne n'est convaincu de la qualité et qui est source de conflits incessants et délétères entre les infirmiers et les médecins, avant de décréter qu'il est meilleur que celui que l'on pourrait construire ensemble alors qu'il n'existe nulle part ailleurs”*

Pour lever tout doute, regardons les prérequis des Certified Registered Nurse Anesthesiology (CRNA). Ce sera toujours plus pertinent que ce “personne” non référencé.

## Les CNRA :

[Certified Registered Nurse Anesthesiology](#), suite à un changement de suffixe du 14 août 2021.

La tendance vers plus de formation pour les infirmières en pratique avancée a commencé en 2004 lorsque les membres de l'American Association of Colleges of Nursing (AACN) ont publié un énoncé de position conseillant à ses collègues membres de faire passer toute la formation en soins infirmiers en pratique avancée, au diplôme de doctorat en pratique infirmière, Doctor of Nursing Practice (DNP).

En 2007, le conseil d'administration de l'American Association of Nurse Anesthetists (AANA) a approuvé un énoncé de position selon lequel l'entrée en pratique des CRNA doit être un doctorat d'ici 2025. L'organisation n'a pas précisé le type de doctorat. "*L'objectif de la formation des infirmières en anesthésie a été et continue d'être d'assurer des infirmières anesthésistes de haute qualité qui peuvent fournir tous les types d'anesthésie dans tous les types de contextes*", a déclaré Francis Gerbasi, Ph.D., CRNA, directeur général du Council on Accreditation of Nurse Anesthesia Educational Programs à Park Ridge, Illinois.

À l'appui de l'énoncé de position de l'AANA, le Conseil d'accréditation des programmes de formation en anesthésie infirmière (COA) en 2009 a voté pour exiger que les programmes de formation en anesthésie infirmière passent à un cadre doctoral. Jusqu'à présent, 91 des 121 programmes de formation accrédités en anesthésie des infirmières ont été approuvés pour passer à l'octroi de diplômes de doctorat.

Les deux diplômes de doctorat d'entrée de gamme approuvés par le COA sont le docteur en pratique infirmière (DNP) et le docteur en pratique infirmière en anesthésie (DNAP).

Les programmes d'anesthésie des infirmières sont également situés dans les collèges paramédicaux, des sciences de la santé et de médecine. La durée minimale des programmes d'initiation à la profession d'infirmière en anesthésie est de 36 mois.

Les CRNA sont des infirmières autorisées en pratique avancée (APRN) qui administrent l'anesthésie et d'autres médicaments. Les CRNA ont donc suivi une formation clinique approfondie et ont réussi un examen de certification approuvé par les [National Boards of Certification and Recertification of Nurse Anesthetists](#) (NBCRNA).

Une fois diplômé, le *continued professional certification* (CPC) s'assure de la certification tout au long de la carrière des CRNA. L'objectif principal du [NBCRNA](#) est de veiller à ce que les infirmières anesthésistes aient les connaissances et les compétences nécessaires pour pratiquer en toute sécurité et efficacement. Ce faisant, il protège également la valeur du titre CRNA.

À tel point qu'un hôpital, le Watertown Regional Medical Center du Wisconsin, bordant le lac Michigan et le lac Supérieur, a remplacé tous ses médecins anesthésistes par des CRNA en 2021, par décision de son conseil d'administration supervisé par *Envision Physician Services*, un groupe médical dirigé par des médecins et des cliniciens qui offre des opportunités de carrière depuis plus de 60 ans, avec plus de 25 000 cliniciens affiliés d'un océan à l'autre.

La raison financière en priorité, ne doit pas faire oublier toutefois, l'épée de Damoclès en cas de problème. Pour autant, cette société de capital investissement a choisi la voie des CRNA. On peut légitimement penser que le choix a été mûrement réfléchi pour aboutir à cette

décision et que l'ombre évanescence d'un procès était très faible, au regard de la plus-value apportée par les CRNA.

D'ailleurs, pour en finir avec la comparaison MAR-CRNA outre-atlantique, l'étude « [No harm found when nurse anesthetists work without supervision by physicians](#) » conclut sur *“Une analyse des données de Medicare pour 1999-2005 ne trouve aucune preuve que le retrait de l'exigence de surveillance ait entraîné une augmentation des décès ou des complications chez les patients hospitalisés”*.

À ce jour 18 États américains se passent de la supervision médicale des CRNA.

D'ici 2025, tous les nouveaux et nouvelles [Certified Registered Nurse Anesthesiology](#) devront être titulaires d'un doctorat.(19)

### ***Il devient plus aisé de comprendre les réticences médicales.***

Il convient donc de les étudier :

#### **D'un point de vue médical :**

Le ministre des solidarités et de la santé, Olivier Véran, avait présenté les conclusions du Ségur de la santé. *“Le chapitre 1er est consacré à la création d'une profession médicale intermédiaire qui répond à la mesure 7 des conclusions du Ségur de la santé.”*

Revenons sur l'article du docteur Durand, qui suite la promulgation de la *loi n° 2021-502 du 26 avril 2021 visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification*, a aussi comme principe de masquer la vérité sur la réaction de son organisation syndicale.

En juillet 2021, le syndicat nous délivrait une tribune pour nous dire qu'après avoir été contre la profession intermédiaire, il était contre la pratique avancée. En fait, il est contre toute avancée de la profession des IADE qui pourrait contrarier la place des MAR à l'hôpital. La dimension financière n'est nullement occultée et semble parfaitement assumée.

S'en suivra durant tout le mois de janvier 2022, une série tragi-comique de communiqués et de vidéos du syndicat médical, diffusés à l'envi.

Le 16 janvier 2022, le SNPHAR-e lançait un mouvement de grève avec un motif nihiliste : une grève contre le binôme du quotidien professionnel des anesthésistes-réanimateurs. Une grève contre l'évolution statutaire de 11 300 personnes, une grève contre une autre profession...

#### **D'un point de vue IADE :**

Les IADE ont embrassé leur profession selon des modalités et des prérogatives définies. Ils n'échappent donc pas à certaines résistances communes au changement.

Bien que la demande soit actée comme parfaitement légitime, l'imbroglie législatif et la constance médicale de résistance au changement n'invite pas à des projections sereines

alors que les soignants subissent déjà de plein fouet au quotidien, de nombreuses problématiques professionnelles. La lassitude se traduit par l'abandon. La culture revendicative demeure omnipotente. Légitime dans son histoire, elle peut cependant devenir limitante, si exclusive.

### **En conclusion :**

Il appartient aux deux tenants de l'anesthésie de s'entendre et de reconnaître l'apport des uns envers les autres, dans une réciprocité de fait qui ne semble aller que dans un sens et de redire que les IADE ne veulent être reconnus que pour ce qu'ils font depuis 1947 : un exercice professionnel de pratique avancée, sans pour autant que cette reconnaissance ne débouche inexorablement et automatiquement sur une perte de qualité et de sécurité anesthésique, dont le mécanisme apparaît fabriqué sinon captieux.

Ce concept de pratique avancée est validé dans le monde entier pour ce qui concerne les infirmiers anesthésistes de la planète si l'on se réfère à l'IFNA.(20). Il serait étonnant que la France, de par un refus catégoriel et social, bloque l'accès à ce niveau de reconnaissance d'une profession en pointe encore récemment lors de la crise du covid-19.

### **Propositions retenues par nos tutelles :**

Un cycle de concertations organisé autour de quatre réunions a permis d'exposer cette seconde option et de concerter les acteurs présents autour de certaines modalités, à savoir :

- de reconnaître la profession infirmier(e) anesthésiste dans un exercice de pratique avancée selon la terminologie : " IADE en pratique avancée",
- dans les quatre domaines de compétences existants,
- une intégration pleine et entière de la profession ("stock"),
- avec les compétences et activités actuelles,
- des évolutions d'activités et de compétences possibles sous réserve d'accords entre professionnels,
- sous contrôle exclusif du MAR pour ce qui relève des prérogatives de l'anesthésie ou sous la responsabilité d'un médecin non spécialiste en anesthésie, dans le cadre pré-hospitalier ou soins intensifs en réanimation,
- d'une section 2 dans le titre préliminaire, avec un R4302-1 ou simplement R4302-2.

### Selon les objectifs et impératifs suivants :

- de maintenir le DE IA ainsi que les instituts de formation parce qu'ils présentent l'intérêt de maintenir la professionnalisation, par ailleurs homogène au plan national et dans le champ de la loi de 2004 de régionalisation (convention, autorité...),
  - de créer une seconde porte d'entrée dans l'exercice en PA pour les IADE en plus de celle IPA,
  - un renforcement de l'intégration pédagogique des instituts de formation à l'université,
- la diplomation du DE IA par l'université, sans que le parcours soit intégralement universitaire. Dans le seul cadre d'un parcours universitaire, l'autorité est assurée par

le doyen qui, sous sa propre prééminence, pourrait modifier les contenus, leurs volumes...ce qui n'est pas possible dans la seule diplomation,

- le maintien des modalités de sélection,
- L'intégration de prérogatives, en matière de consultation et de prescription qui devront être précisées en termes d'organisation,
- d'apporter une définition des domaines d'intervention dans le champ de l'anesthésie: sous l'appellation péri-opératoire et douleur,
- le maintien et le respect du décret de 1994 sur la sécurité en anesthésie et de 2017 sur la compétence IADE,
- une intégration d'enseignants-chercheurs, de niveau doctoral et expérimentation de mutualisation d'UE,
- l'accessibilité aux expérimentations et développements en lien avec la pratique avancée,
- la création de cotations de parcours IADE.

Contrairement à ce qui est retranscrit dans les communiqués d'organisations syndicales médicales et généralistes :

- les domaines de compétences de la profession IADE seraient maintenus. Cela n'empêche nullement de garder un regard plus qu'attentif dans le domaine des urgences puisque la mention urgence des IPA dispose aujourd'hui de prérogatives réclamées par notre profession et récusées non seulement par les représentants médicaux, mais également par une centrale syndicale. (18) L'article 13, se doit d'être intégré à notre décret en cours de rédaction.
- Le décret IADE demeure un décret de type mission et non une liste d'actes.
- La certification par l'université n'offre pas l'autorité au doyen de faculté. Les conventions tripartites ont pour finalité de veiller sur l'autorité, les modalités et les contenus de nos formations.
- Nombre de MAR s'attachent à reconnaître l'exercice des IADE, selon le rapport IGAS, ce qui ne semble pas retranscrit par le CNP ARMPO.

Il convient aujourd'hui de procéder aux arbitrages, sans omettre de les publier et de les assumer.

*Société Française des  
Infirmier(e)s Anesthésistes*

§§§

Le bureau de la SOFIA

- BASSEZ Arnaud : président
- PAYET Annabelle : vice-présidente
- BRAULT Damien : secrétaire
- CLAIRET Rémi : secrétaire adjoint chargé de communication
- PHILIBIEN Bruno : trésorier

## Bibliographie

1. Revue PHAR-e, numéro 97 Juillet 2022
2. Trajectoires pour de nouveaux partages de compétences entre professionnel de santé, Tome 1, rapport Igas N°2021-051R, nov 21
3. Rapport annuel MACSF 2020
4. L'infirmier anesthésiste, Arnaud Bassez, Samu magazine juin 2022 pages 70-71
5. Interpersonal relations in nursing, Hildegard E. Peplau, RN, Putnam Edition, New-York, États-Unis, 1952
6. Stratégies d'implantation d'un infirmier de pratique avancée en milieu hospitalier : une revue de littérature Stephan Aguilard, Sébastien Colson, Karen Inthavong Santé Publique 2017/2 (Vol. 29), pages 241 à 254
7. Hamric A.B., Hanson C.M., Tracy M.F., O'Grady E.T., "Advanced Practice Nursing: An Integrative Approach", Elsevier Health Sciences, 2013
8. Directives pour les infirmières anesthésistes Conseil international des Infirmières 25 Mai 2021
9. Le processus de Bologne, John Pitseys, Revue interdisciplinaire d'études juridiques 2004/1 (Volume 52), pages 143 à 189
10. Science infirmière - [https://fr.wikipedia.org/wiki/Science\\_infirmi%C3%A8re](https://fr.wikipedia.org/wiki/Science_infirmi%C3%A8re)
11. L'enseignement des sciences infirmières en France : contenus et stratégies, Ljiljana Jovic, Didier Lecordier, Michel Poisson, Marie-André Vigil-Ripoche, Bruno Delon, Anne-Marie Mottaz, Dorsafe Bourkia, Thierry Joutard, Margot Tenza. Recherche en soins infirmiers 2014/4 (N° 119), pages 8 à 40
12. L'universitarisation des études infirmières en France : Quelles opportunités et quels risques pour le groupe professionnel infirmier ?, *Etude de la collaboration entre groupes de partenaires sur un territoire académique régional, au regard des Economies de la grandeur*, Thèse Marie Pétrus-Krupsky en vue de l'obtention du grade de Docteur en sciences politiques et sociales, Louvain-la-Neuve, Année académique [2017-2018]
13. Sociologie des groupes professionnels Acquis récents et nouveaux défis Sous la direction de Didier Demazière, Charles Gadéa 2009, p. 443.
14. Question écrite n° 18483 de M. Christian Cambon (Val-de-Marne - Les Républicains JO Sénat du 29/10/2020 - page 4918
15. Deux sociétés savantes demandent un moratoire sur la création de l'IPA d'urgence <https://www.hospimedia.fr/actualite/articles/20211026-ressources-humaines-la-mention-urgences-est-officiellement-creee>
16. Société française des infirmier(e)s anesthésistes, Histoire des IADE <https://sofia.medicalistes.fr/spip/spip.php?article17>
17. Conseil international des infirmiers <https://www.icn.ch/fr/qui-nous-sommes>
18. Verbatim - Société Française des Infirmier(e)s Anesthésistes <https://sofia.medicalistes.fr/spip/spip/breve1406> 16 mai 2022
19. How to Become a Certified Registered Nurse Anesthetist (CRNA). <https://nursejournal.org/nurse-anesthetist/how-to-become-a-crna/>
20. International Federation of Nurse Anesthetists (IFNA) Code of Ethics, Standards of Practice, Monitoring, and Education. Revised May 12, 2016