

Place des IADE dans les urgences : une perspective à considérer pour l'amélioration de la prise en charge de nos concitoyens

Didier BORNICHE, président de l'Ordre national des infirmiers, IDE

Olivier DRIGNY, vice-président de l'Ordre national des infirmiers, IADE

Les infirmiers anesthésistes diplômés d'Etat ont récemment publié via leur syndicat SNIA un rapport intitulé « *Place de l'infirmier anesthésiste en service mobile d'urgence et réanimation, perspectives d'avenir* » [1]

Cette étude qui se veut une contribution au débat sur la prise en charge de nos concitoyens en situation d'urgence a entraîné une réaction aussi disproportionnée qu'inattendue de la part de représentants de la toute jeune spécialité de médecine d'urgence sous la forme d'un éditorial publié dans les Annales françaises de médecine d'urgences et intitulé "*Quelle place pour l'infirmier anesthésiste dans la médecine d'urgence de demain ?*" [2]

Les situations d'extrême urgence telles que celles que nous avons vécues en plein cœur de Paris le 13 novembre dernier montrent que toute initiative visant à contribuer à la réflexion sur l'amélioration de nos dispositifs de prise en charge d'urgence et à la médecine de catastrophe est toujours utile et sans aucun doute d'actualité.

Il faut d'ailleurs se féliciter de la création depuis le 4 décembre dernier d'une nouvelle spécialité médicale, celle de médecine d'urgence. La création de cette spécialité met au jour cet exercice qui sauve chaque jour de nombreuses vies avec technicité.

Cependant prenons garde à ne pas promouvoir uniquement l' « hyperspécialisation » et veillons plutôt à développer l' « hyper-compétence ». La catégorisation de la médecine en spécialité peut avoir pour effet pervers de créer des prés carrés et de rendre rigide et cloisonné un système de soins qui aspire à la fluidité et à l'adaptabilité pour mieux prendre en charge les

patients et répondre à des situations inattendues notamment de crise. Lorsque le système est en forte tension, la meilleure réponse est celle de la compétence et de la polyvalence.

La profession infirmière présente trois spécialités liées à des spécificités d'exercice : infirmier anesthésiste (IADE), infirmier de bloc opératoire (IBODE) et infirmière puéricultrice. Mais ces infirmiers spécialisés sont avant tout des infirmiers diplômés d'Etat, à l'instar des centaines de milliers d'infirmiers exerçant dans notre pays et constituant un pilier de la prise en charge préventive, curative et palliative de nos concitoyens.

L' évolution de cette profession va plutôt dans le sens d'une montée en charge de ses compétences dont l'un des derniers échelons en date est la création par le projet de loi de modernisation de notre système de santé d'un exercice infirmier de pratique avancée, défini comme un niveau de pratique infirmière utilisant des compétences étendues, une expérience et des connaissances en diagnostic, planification, mise en œuvre et évaluation des soins requis. Les infirmières qui exercent à ce niveau auront un diplôme de maîtrise comme c'est le cas dans tous les pays, notamment anglo-saxons, qui ont mis en œuvre ces pratiques depuis plusieurs décennies.

La pratique avancée ne saurait cependant être disjointe en une multitude de spécialités infirmières, ce qui en ferait perdre tout le sens. L'art infirmier se distingue précisément par son approche globale et synthétique des patients permettant une évaluation des soins dans une logique holistique. Ce serait donc un dévoiement que de considérer la pratique avancée comme l'on conçoit les spécialités médicales. Plutôt que l'hyperspécialisation nous revendiquons l'hyper-compétence, encore une fois.

S'agissant de l'urgence, les IADE en sont historiquement un acteur clef. Certes, on ne peut passer son temps à regarder le passé, aussi glorieux soit-il, mais il n'est pas inutile de rappeler

que ces infirmiers étaient présents à la création des SAMU comme l'étaient aussi les médecins anesthésistes.

On ne saurait cantonner les IADE, reconnus au grade master [3] et formés en cinq années sans compter les années d'expérience professionnelle requise, à leur exercice d'anesthésie car cela serait appliquer une grille de lecture « en tuyaux d'orgue » fort éloignée de ce qu'est la compétence infirmière. Selon la définition réglementaire de leur profession, les IADE « réalisent des soins spécifiques et des gestes techniques dans les domaines de l'anesthésie-réanimation, de la médecine d'urgence et de la prise en charge de la douleur » [4]. Le référentiel de compétence annexé à cet arrêté [5] constitue à cet égard un modèle tant sa logique de polyvalence pourrait contribuer à préfigurer les référentiels de pratique avancée qui seront prochainement élaborés dans le cadre des travaux de mise en application de la loi de modernisation de notre système de santé.

Les IADE acquièrent ainsi un haut niveau de compétence somme toute très polyvalente par exemple en pharmacologie d'urgence, en médecine de catastrophe, en prise en charge de la douleur en urgence, en gestion du stress et de l'agressivité, en communication et transmissions ou encore en synthèse d'ensemble de données cliniques. Ces acquis se font aussi parce que nombre d'IADE peuvent également exercer ou avoir exercé comme infirmiers de sapeurs-pompiers et qu'ils peuvent - et doivent - bénéficier des formations complémentaires (à corrélérer à l'enjeu de la réforme du Développement professionnel continu en cours actuellement) indispensables selon leurs différentes « affectations » : prélèvement, circulation extra-corporelle, urgence, etc.

Ce que les IADE et plus largement la profession infirmière souhaitent ici souligner auprès des pouvoirs publics, des directions d'établissements, des spécialités et du corps médical, c'est ce que nombre d'études internationales ont largement démontré depuis plusieurs années, à savoir

qu'une baisse de la mortalité est associée à la combinaison de compétences expertes ou spécialisées des infirmières, aux années d'expérience comme infirmière dans le service clinique ainsi qu'à la dotation en infirmières diplômées voire en pratique avancée dans les services [6]. Nulle économie ne saurait être faite sur le niveau de compétence infirmière sauf à accroître le risque pour les patients.

Pourquoi dans ce contexte s'interdire a priori toute réflexion quant à une meilleure association de la compétence d'infirmières expertes telles que peuvent l'être les IADE dans l'organisation du système de prise en charge des urgences ?

Références :

1. Syndicat National des Infirmiers Anesthésistes (SNIA) (2014), Place de l'infirmier anesthésiste en service mobile d'urgence et réanimation, perspectives d'avenir. <http://www.snia.net/actualiteacutes/place-de-liade-en-smur-perspectives-davenir>
2. Braun F, Gueugniaud P.Y, Pateron D et al (2015) Quelle place pour l'infirmier anesthésiste dans la médecine d'urgence demain ?. Ann. Fr. Med. Urgence DOI 10.1007/s13341-015-0599-3
3. Décret n° 2014-1511 du 15 décembre 2014 relatif aux diplômes de santé conférant le grade master <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000029913517&fastPos=1&fastReqId=1248794471&categorieLien=id&oldAction=rechTexte>
4. Arrêté du 23 juillet 2012 relatif à la formation conduisant au diplôme d'Etat d'infirmier anesthésiste <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000026230199&fastPos=1&fastReqId=877088922&categorieLien=id&oldAction=rechTexte>
5. Bulletin officiel n°2012/07 <http://social-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2012/12-07/steSomThe.htm>
6. Tourangeau, A.E., Giovanetti, P., Tu, J.V., et Wood, M. (2002) Nursing-related determinants of 30-day mortality for hospitalized patients, Canadian Journal of Nursing research, 33(4), 71-88