ECOLE REGIONALE D'INFIRMIER(E)S ANESTHESISTES DIPLOME(E)S D'ETAT

LA PLACE DE L'INFIRMIERE ANESTHESISTE DIPLOMEE D'ETAT A LA CONSULTATION D'ANESTHESIE AU CHU DE POITIERS

Par

Isabelle ABRARD-MITTAULT

Sous la direction de

Dr Matthieu BOISSON, Directeur de mémoire

Médecin Anesthésiste Réanimateur-CHU de Poitiers

Mme Dominique SERGENT

Infirmière Anesthésiste Diplômée d'Etat-CHU de Poitiers

Septembre 2015

UE 7 : MEMOIRE PROFESSIONNEL

En vue de l'obtention du diplôme d'Etat d'infirmier anesthésiste

REMERCIEMENTS

Je remercie mon Directeur de mémoire, le Docteur Matthieu Boisson pour sa précieuse aide et ses conseils avisés.

Merci à Dominique Sergent, pour son implication, sa disponibilité, son énergie et sa passion du métier.

Merci à toute l'équipe pédagogique pour la qualité de leur enseignement.

Merci à mes collègues de promotion pour tous ces bons moments.

Merci à Danielle pour sa confiance et pour tout.

Merci à ma famille pour son soutien, sa compréhension, son réconfort et tellement encore...

A mon père,

SOMMAIRE

I. INTRODUCTION....1
II. RAPPELS....2
1. Cadre législatif....2
1.1. Consultation d'anesthésie....2
1.2. L'infirmière anesthésiste diplômée d'Etat....3
2. Transfert de compétences/ pratiques avancées/ délégations de tâches....3
2.1. Définitions....3
2.1.1. Transfert de compétences....3
2.1.2. Pratiques avancées....4
2.1.3. Délégation de tâches....4
2.2. Situation en France....4
2.2.1. Les étapes....4
2.2.2. Situation en France aujourd'hui....6
2.2.3. Position des sociétés savantes....8
2.2.3.1. Syndicat National des Infirmiers anesthésistes (SNIA)....8
2.2.3.2 Société Française d'Anesthésie et Réanimation (SFAR)....9
2.2.3.3 Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM)....9
2.2.3.4 L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS)....10
2.3 Situation à l'étranger....10
3. Démographie médicale....13
4. Démographie para médicale....13
5. La consultation infirmière....13
III. État des lieux au CHU de Poitiers....14
1. Choix des lieux....14
2. Organisation des consultations....15
2.1. Les étapes communes des consultations observées....15
2.2. Les différences entre les consultations....16
2.2.1. Consultations d'oncologie....17
2.2.2. Consultations de diabétologie....17
2.2.3. Consultations de chirurgie cardio thoracique....19
2.2.4. Consultation d'anesthésie....20
IV. ETUDE....21
1. Type d'étude....21
2. Lieu et durée de l'étude....21
3. Objectifs de l'étude....21

4. Matériel et méthode.....22
4.1. Critères d'inclusion.....22
4.2. Critères de non inclusion.....22
4.3. Critères d'exclusion.....22
4.4. Les observations.....23
4.5. Les questionnaires.....23
4.6. Les outils de statistiques.....24
V. RESULTATS DE L'ETUDE.....25
1. Questionnaire des IDE de consultation.....25
2. Questionnaire MAR / IADE.....30
VI. DISCUSSION.....35
VII. DIFFICULTES ET LIMITES DE L'ETUDE.....40
VIII. ENJEUX ET PERSPECTIVES.....41
1. Enjeux.....42
2. Difficultés.....42
3. L'avancée.....42
4. Perspectives.....43
IX. CONCLUSION.....44
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES
ANNEXES

I. INTRODUCTION

L'intitulé de ce travail peut apparaître, à première vue, réducteur pour les uns et alarmant pour les autres :

- *Réducteur* pour l'infirmière[1] anesthésiste diplômée d'Etat (IADE) qui peut se voir comme « un pion sur un échiquier » pour pallier à la pénurie présagée des médecins anesthésistes (MAR) d'ici 5 à 10 ans ;
- *Alarmant* pour le MAR qui peut y voir une dérive, voir une démédicalisation de l'anesthésie.

Ces deux visions extrêmes sont à l'évidence à rejeter mais reflètent bien le fréquent problème de positionnement de deux professions en constante collaboration.

Il convient, en conséquence, de dépassionner le sujet, de ne pas réduire la discussion à l'aspect purement technique de la spécialité et de valoriser le rôle de chaque acteur dans le cadre de sa mission propre.

Par ailleurs, au regard de l'universalisation des professions de santé (système Licence Master Doctorat : LMD), le gouvernement français tend à développer le concept de « pratiques avancées ».

Aux Etats Unis et dans bien d'autres pays étrangers, suite à une pénurie médicale, les gouvernements ont depuis longtemps crée un cadre légal pour la mise en place de ces pratiques avancées. Elles permettent à l'infirmière diplômée d'Etat (IDE) d'élargir son domaine de compétences dans un cadre défini légalement et professionnellement de manière à libérer davantage les activités médicales des médecins.

Mais qu'en est-il pour les IADE et les MAR ?

Au travers de ces informations et après une exploration de la situation en France, en Europe et à l'étranger (législation, démographie, projets en cours…) j'analyserais, à l'aide d'observations faites dans différentes consultations et de questionnaires distribués aux MAR , IADE et IDE du CHU de Poitiers, le ressenti, les attentes et le positionnement de ces professionnels de santé quant à la place d'une IDE clinicienne à la consultation spécialisée et d'une IADE à la consultation d'anesthésie (CA).

1 Lire *Infirmier et infirmière*

II. RAPPELS

1. Cadre législatif

1.1. Consultation d'anesthésie

Elle a été imposée en 1994 au même titre que la création de salles de surveillance post interventionnelles (SSPI).

Son but est d'évaluer le risque anesthésique et opératoire, en fonction des facteurs susceptibles d'interférer avec le déroulement de l'anesthésie (antécédents médico-chirurgicaux, traitements suivis…).

Cette consultation permet d'informer et de rassurer le patient et de définir la technique d'anesthésie qui sera utilisée [1].

Elle fait partie intégrante du concept de sécurité anesthésique et représente un temps essentiel dans la prise en charge pré opératoire [2].

Elle s'inscrit dans un cadre médico-légal depuis le décret 94-1050 du 05 décembre 1994.

Ce cadre stipule plusieurs axes :

- Elle est **obligatoire** au moins 48 heures avant toute chirurgie programmée. Dans le cadre de l'urgence, elle est effectuée au lit du malade juste avant l'intervention [3] ;
- Elle est **effectuée par un MAR** spécifié par l'article D 712-41 :
    - pour le service hospitalier dans le cadre de consultations externes relevant des dispositions du décret n° 82-634 du 8 juillet 1982 dans les locaux de l'établissement ;
    - pour les établissements privés relevant des dispositions de l'article L.162-22 du code de la Sécurité Sociale au sein de l'établissement [4].
- Les **résultats** de cette consultation sont consignés dans un **document écrit** incluant les résultats des examens complémentaires et des compte-rendus d'éventuelles consultations spécialisées. Ce document doit être inséré dans le dossier médico-chirurgical du patient.

La CA ne se substitue pas à la visite pré-anesthésique (VPA) effectuée par le MAR la veille de l'intervention chirurgicale. Ces deux actes sont complémentaires à partir desquels sera établi le choix de la technique et du protocole d'anesthésie.

Comme en témoignent certaines études, la CA baisserait sensiblement la morbi-mortalité [5]. De plus, son impact serait positif sur la prise en charge des patients, sur la durée d'hospitalisation et sur le nombre de reports d'interventions [6].

1.2. L'infirmière anesthésiste diplômée d'Etat

L'IADE est une infirmièr(e) diplômé(e) d'Etat qui a exercé deux ans au minimum sa profession d'IDE et qui, après réussite au concours d'entrée intègre une école spécialisée. Elle y suivra une formation de deux ans délivrant un enseignement théorique et pratique, conduisant au diplôme d'Etat universitaire d'anesthésie et conférant le grade Master (Bac + 5 ans) depuis octobre 2014 [7].

L'IADE travaille au sein d'équipes pluridisciplinaires dans un cadre réglementaire défini et en collaboration avec les MAR dans les différents sites d'anesthésie à savoir : au bloc opératoire, en SSPI, dans les services d'urgences intra et extra hospitaliers mais aussi dans la formation et l'encadrement.

L'IADE bénéficie d'une exclusivité de compétence (Article R.4311-12 du Code de la Santé Publique (CSP)) légalement définie par les décrets n°93-221 du 16 février 1993 et n°93-345 du 15 mars 1993 notamment par l'article 7 qui précise la nature de son habilitation et de son exclusivité.

La compétence de l'IADE procède à l'application des connaissances acquises au cours de la formation initiale et des formations continues ainsi que de l'expérience résultant de l'exercice professionnel. L'IADE connaissant les limites de ses attributions sait faire appel à un MAR dans l'intérêt du patient [8].

2. Transfert de compétences/ pratiques avancées/ délégations de tâches

2.1. Définitions

2.1.1. Transfert de compétences

Il est défini comme l'action de déplacer un soin, un acte d'un corps professionnel à un autre impliquant le transfert de la responsabilité [9].

2.1.2. Pratiques avancées

Il s'agit d'identifier les domaines dans lesquels les IDE peuvent et les IADE pourraient élargir leurs activités au-delà de ce qui se pratique aujourd'hui et de conduire une réflexion prospective permettant d'identifier les actes ou activités relevant actuellement du corps médical. Ces actes pourraient être réalisés par des IDE ou des IADE dans des conditions déterminées. Ceci a un impact direct sur les modalités de formation, sur le niveau de reconnaissance du diplôme d'Etat infirmier (grade Licence) pour les IDE et du diplôme d'Etat des infirmières anesthésistes (grade Master) pour les IADE, et conduit à une modification de la définition du champ d'exercice professionnel, statué par des référentiels d'activités et de compétences [10].

2.1.3. Délégation de tâches

C'est « confier à un tiers une tâche, un soin » mais la délégation ne s'entend qu'à compétence égale [9].

Dans le cas de l'IADE, si le MAR lui confie la réalisation d'un acte ou d'une tâche, il en reste responsable et doit la superviser.

2.2. Situation en France

La conversion est récente rendant possible les nouvelles formes de coopérations entre professionnels de santé. De nouvelles fonctions tentent de prendre leur essor mais restent néanmoins marginalisées. Les étapes pour y parvenir ont été nombreuses.

2.2.1. Les étapes

Juin 1999 : Déclaration de Bologne. Elle initie le processus de construction d'un espace Européen d'enseignement, identifie six actions à mener et prévoit que toutes les formations universitaires intègrent le système Licence Master Doctorat (LMD). (Annexe 1).

Novembre 2002 : Date du rapport du Professeur Berland concernant l'évolution démographique des professionnels de santé. Il présente dix propositions sur l'organisation des soins et les coopérations possibles entre professionnels de santé [11] .

Mars 2003 : Le professeur Y. Berland a pour 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 : Treize expérimentations sont retenues. Elles concernent diverses spécialités : la cardiologie (échographie cardiaque), l'oncologie (infirmière clinicienne), l'imagerie médicale (échographie, traitement de l'image), la gastro-entérologie (infirmière clinicienne), l'ophtalmologie (collaboration avec les orthoptistes) la médecine générale (offre de nouveaux soins) 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.

Juillet 2006 : L'Observatoire National de la Démographie des Professionnels de Santé (ONDPS) conclut : « tous les projets présentés montrent qu'il est possible, pour des professionnels paramédicaux de réaliser des actes médicaux sans 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) publie un rapport préparatoire « La formation des professionnels de santé pour mieux coopérer et soigner ».

Décembre 2007 : La HAS publie un rapport d'étape « Délégations, transferts, nouveaux métiers…conditions des formes nouvelles de coopération entre professionnels de santé ».

Avril 2008 : La HAS publie : « Délégations, transferts, nouveaux métiers…comment favoriser des formes nouvelles de coopération entre professionnels de santé ».

Juillet 2009 : Loi Hôpital-Patient-Santé et Territoire, loi HPST, dite Loi Bachelot le 21 juillet 2009, article 51, permet la mise en place à titre dérogatoire et à l'initiative des professionnels sur le terrain, de transferts, d'actes ou d'activités de soins.

Décembre 2009 : L'arrêté du 31 Décembre 2009 est relatif à la procédure applicable aux protocoles de coopération entre professionnels de santé.

Janvier 2011 : Le rapport Hénart est relatif aux métiers en santé de niveau intermédiaire : « Ces professionnels d'aujourd'hui et nouveaux métiers : des pistes pour avancer ».

Mars 2012 : L'arrêté du 8 Mars 2012 apporte des précisions et modifie l'arrêté du 31 Décembre 2009. Ainsi des actes dérogatoires aux règles figurant dans le Code de la Santé Publique pourraient être autorisés par le Directeur Général de l'Agence Régionale de la Santé (ARS).

Juillet 2012 : L'arrêté du 23 Juillet 2012 relatif à la formation conduisant au diplôme d'Etat d'infirmier anesthésiste valide le grade Master et l'universitarisation des études d'IADE.

Juin 2013 : Alain Cordier ancien Directeur Général de l'APHP et membre de la HAS, remet un rapport intitulé : « Projet global pour la stratégie normale de la santé ». Il comporte 19 recommandations pour réformer le système de santé [12].

2.2.2. Situation en France aujourd'hui

Les métiers de santé sont en pleine évolution. Ils font l'objet de multiples réflexions sur le positionnement de chacun et sur une définition des compétences qui correspondrait au mieux à ce que peuvent effectivement réaliser les professionnels ainsi qu'aux besoins de fonctionnement des établissements (Rapport Berland), Loi Hôpital Patient Santé Territoire (HPST), Rapport Hénart [13].

En France, deux modèles très différenciés oscillent entre une approche clinique autonome forgée sur le modèle Québécois pour les IDE clinicienne et une approche centrée sur l'approfondissement d'une qualification technique au service de l'activité médicale, diplômante et reconnue dans les textes législatifs pour les IADE, les infirmières du bloc opératoire diplômée d'Etat (IBODE) et les puéricultrices.

Contrairement aux modèles Anglo-saxons, les Pratiques Avancées en Soins Infirmiers (PASI) ne se basent pas sur un système de diplôme mais sur des protocoles de coopérations accordés par dérogation par les Agences Régionales de Santé (ARS), après validation définitive de la Haute Autorité de Santé (HAS). Chaque PASI est donc défini au cas par cas pour des professionnels nommément désignés et pour des tâches pré définies. En 2013, on recensait 46 protocoles de coopération officiellement validés par l'HAS [14] [15].
En France, les pratiques dites «avancées», entendues dans le sens anglo-saxon, existent mais ne sont pas perçues comme telles. Elles se développent depuis une vingtaine d'années sans aucune reconnaissance, sinon celle implicite du médecin. Néanmoins, de nouvelles professions tentent de prendre leur essor mais restent marginalisées :

- **Des IDE ayant développé une expertise ciblée**

Ces infirmier(e)s ont acquis une compétence plus poussée et ciblée sur des outils (ex : mise en place du dossier de soins), 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 : Diplôme Universitaire, DU), par une participation à des colloques, des groupes de travail et des rencontres.

- **Des IDE de recherche clinique**

Ces infirmier(e)s collaborent à la réalisation d'un ou plusieurs essais sur un ou plusieurs sites de recherche clinique. C'est une aide à la recherche médicale et rarement ou jamais de recherche en soins infirmiers.

Ces IDE ne peuvent pas être les investigateurs principaux. Leur rôle consiste à assister l'investigateur tout au long de l'essai dans un cabinet médical ou dans un service hospitalier.

- **Des infirmiers coordonnateurs**

Ils 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 coordinateur (ex : urgences).

Ils se définissent comme soignants même si la fonction comprend une implication dans un réseau de professionnels de santé et d'usagers. Dans certaines structures de grande taille l'infirmier de coordination 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 (EHPAD, soins à domicile…) pour le cas des urgences.

- **Des infirmiers « de pratique avancée » : Les cliniciens**

Ces IDE dont l'appellation n'est pas reconnue officiellement ont 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'IDE. Dans les services, ce sont des aides pour permettre aux équipes d' analyser des situations complexes de soins. Ils 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 (oncologie, diabète, insuffisance rénale…) ou un handicap.

Récemment, un diplôme en science clinique infirmière (2015) à un niveau Master 2 est proposé par l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique (EHESP) et l'université d'Aix-Marseille

[16]. Par ailleurs, la recommandation n°15 du rapport Cordier (juin 2013) apporte une reconnaissance au métier d'infirmier clinicien.

Un élargissement du champ d'exercice de la profession IDE a été rendu possible grâce aux modifications de la formation IDE (grade Licence), aux contraintes budgétaires hospitalières et à l'arrêté du 28 Mars 2012 concernant la mise en œuvre de protocoles de coopération entre les professionnels de santé.

Qu'en est–il pour les IADE ?

Par leur formation, les IADE acquièrent une compétence leur conférant une polyvalence. Celle-ci leur permet de pouvoir exercer au-delà de l'anesthésie dans les blocs opératoires, à savoir : hors bloc, SSPI, service de réanimation, service d'urgences, SAMU, dans les centres de la douleur, mais aussi comme cadre de santé et dans tout autre secteur de soins : enseignement, activités transversales allant de l'hygiène à la transfusion en passant par l'hémovigilance, la matériovigilance, la pharmacovigilance, l'hypnose….

L'universitarisation des études d'IADE ouvre un champ d'exercice supplémentaire concernant la formation et la recherche en soins infirmiers (annexe 2).

Mais contrairement aux IDE, les différentes contraintes démographiques, économiques et l'existence de pratiques avancées pour les IADE, risquent de les cantonner au seul domaine de l'anesthésie.

2.2.3. Position des sociétés savantes

2.2.3.1. Syndicat National des Infirmiers anesthésistes (SNIA)

Dans son bulletin d'information n°163 de novembre 2003, le SNIA réagit au rapport BERLAND concernant la prise en charge anesthésique pour les explorations fonctionnelles en gastro-entérologie. Il déclare que *« les IADE 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 et séjour en SSPI ».*

Le SNIA publie en mai 2007 un numéro spécial de son journal d'information des IADE 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 (LMD) [17].

2.2.3.2 Société Française d'Anesthésie et Réanimation (SFAR)

En janvier 2003, la SFAR répond aux recommandations du SNIA sur l'exercice de la profession d'IADE, 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 MAR 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'IADE 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 post opératoires spécifiques), sont assurées par le MAR. L'IADE ne peut agir que sur prescription médicale émanant du MAR. Ceci implique que lors de la délégation de surveillance, l'IADE n'est pas « seulement « en relation constante » avec le MAR, ni qu'il ne saurait assumer seul « la correction des désordres physiologiques », mais qu'il doit informer en temps réel le MAR et appliquer la thérapeutique décidée par ce dernier. Pour lever toute ambiguïté, si au cours d'une surveillance anesthésique déléguée, l'IADE est confrontée à une situation aigüe, imprévisible et menaçante, il est clair qu'alors elle doit entreprendre les mesures conservatoires d'urgence que sa formation autorise. Mais il doit aussi solliciter parallèlement la présence sans délai du MAR et non pas se contenter d'une information à posteriori »* [18].

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

2.2.3.3 Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM)

Lors de la session des 29 et 30 janvier 2004, le CNOM reconnait le besoin de pallier à l'urgence démographique de certaines spécialités (l'anesthésie n'en fait pas partie) et encourage à la recherche de professions intermédiaires entre les dix années de formation médicale et les trois années pour les IDE. 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 » [19].

2.2.3.4 L'Organisation Mondiale de la Santé (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 IDE et le renforcement des compétences pour tous les professionnels de santé en fonction des besoins des populations du XXI ème siècle. Il ressort de l'analyse 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'infirmière puis vers l'aide-soignante (AS) [20].

2.3 Situation à l'étranger

Généralement les pratiques avancées naissent d'une part dans un contexte de pénurie médicale associé à de nouvelles demandes sociales (démocratie sanitaire…), d'autre part, dans un contexte d'évolution technologique importante (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 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.

- **En Angleterre**, le terme de « Advanced Nursing Practice » apparait dans les années soixante. D'une manière générale, elle concerne 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 compétences ont été créés dans les années soixante en raison de la diminution du nombre de médecins.

  « Le Physician Assistant » dont l'équivalence Français est difficile à définir, remplit des fonctions similaires à la Nurse Practitioner mais sans posséder le diplôme infirmier. Il reste sous la responsabilité du médecin ;

  L'infirmière clinicienne spécialisée : « 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 ;

  L'infirmière praticienne : « Nurse Practitioner » intègre le soin, le curatif et le conseil. Elle exerce, en association et en plus 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 médicale.

La formation est située à un niveau Master dans les trois cas.

Les infirmières en soins généraux ont acquis un « Bachelor ».

Concernant l'anesthésie, **l'infirmière anesthésiste** : « la Nurse Anesthesic » délivre des actes d'anesthésie générale et loco-régionale sans supervision du médecin anesthésiste, après que ce dernier ait effectué une consultation d'anesthésie et indiqué une technique pour le 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, 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, 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 St Joseph des infirmiers au diplôme d'Etat français, a crée 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 avant ce qui semble être les pendants du transfert de compétence : un niveau plus élevé de qualification et l'acquisition de nouvelles responsabilités [21].

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 ».

3. Démographie médicale

L'anesthésie réanimation est la spécialité médicale qui a connu la plus forte progression au cours des vingt dernières années. Depuis 1981, le nombre de praticiens a plus que doublé, passant de 3 639 à plus de 11 000 en 2015 [22].

La caractéristique actuelle est le vieillissement des MAR dont l'âge moyen actuel est de 47 ans [23]. La disparition du CES d'anesthésie et de réanimation a conduit à une réduction drastique du nombre annuel de nouveaux diplômés en anesthésie réanimation. Le CES était une formation ouverte. Tous les médecins voulant devenir anesthésistes pouvaient s'y inscrire librement.

Aujourd'hui ils doivent passer l'internat, concours qui instaure une sélection et limite le nombre de places.
Plus de 400 MAR ont pris leur retraite entre 2006 et 2010 alors que 150 sortent de l'université par an [24]. Si rien ne vient infléchir cette tendance, la France ne comptera plus que 4 000 MAR d'ici peu contre 8 500 en 2001. Les dernières projections démographiques du CNOM prévoit une baisse de l'effectif des MAR de 16 à 20% jusqu'en 2020 [22].

4. Démographie para médicale

La France comptait en 2013, 8 993 IADE (69,47% de femmes et 30,53% d'hommes) dont plus de 6 500 dans le secteur public et plus de 1 500 dans le secteur privé.
En 2017, 25% des IADE partiront à la retraite [24].

5. La consultation infirmière

La consultation a plus de 30 ans. Elle s'est développée dans le champ de la stomathérapie avant de s'étendre à d'autres spécialités médico-chirurgicales.
« La consultation infirmière est une prestation qui consiste à informer, conseiller, éduquer un patient ou son entourage en matière de santé ou de soins infirmiers. La consultation est réalisée en milieu hospitalier ou extra hospitalier, soit sur prescription, soit à la demande du patient ou des infirmières. Elle peut s'inclure dans une consultation pluridisciplinaire ». [25]
Cette définition n'a rien de spécifique à la consultation infirmière : informer, conseiller, éduquer en matière de santé fait partie de l'exercice habituel de l'infirmière, il s'agit là de son rôle propre, rôle qui serait mis au premier plan dans cette pratique.

Expérimentées suite au rapport du Professeur Berland, les consultations ont pour objectif d'apprendre au patient à se prendre en charge techniquement mais aussi à donner des informations sur la pathologie, le traitement et les effets secondaires. Il s'agit de reformuler, d'expliquer simplement des informations déjà données par le médecin qui n'ont pas été entendues ou comprises. C'est un temps dédié au patient et à son entourage [26].

III. État des lieux au CHU de Poitiers

1. Choix des lieux

Le principal objectif de cette étude a été de décrire la perception du MAR et de l'IADE sur la place de l'IADE en consultation.

L'objectif secondaire a été d'observer les conditions d'exercice des infirmières en consultation d'oncologie, de diabétologie et de chirurgie cardio thoracique.

Dans un premier temps, il fallait cerner le travail des IDE aux consultations. Il était indispensable de nous immerger dans leur environnement afin de mieux appréhender leurs fonctions.
A la vue du nombre de consultations externes existant au CHU de Poitiers (253 185 pour l'année 2013) (annexe n°3), nous nous sommes limités à quatre sites :

- **L'oncologie** par son approche « très protocolée » dans le cadre des mesures du plan cancer et par la coordination interprofessionnelle, et aussi le relationnel avec les patients et leurs proches ;
- **La diabétologie** pour ses actions d'éducation thérapeutique, de réévaluations de traitements, de surveillance… ;
- **La chirurgie cardio thoracique** car cette spécialité se rapproche le plus de notre pratique quotidienne au bloc opératoire ;
- **L'anesthésie** car c'est le cœur même de notre sujet.

Un courrier adressé aux cadres de santé a permis de présenter l'étude et de solliciter leur bienveillance pour la réalisation d'observations (annexe 4). Par la suite, différents rendez-vous ont été pris pour un premier contact. Lors de ce premier entretien, nous avons pu présenter l'étude, les objectifs et expliquer les attentes concernant les observations. Ensuite, une

présentation physique auprès de chaque équipe a été organisée et une planification des observations a été imposée :

- En oncologie, l'accord a été donné pour une seule observation afin de préserver les patients dans un contexte émotionnellement difficile ;
- En diabétologie, une autorisation du chef de service a été nécessaire. La réticence de certaines infirmières a limité les observations ;
- En chirurgie cardio thoracique, les observations pouvaient avoir lieu selon les jours de présence de l'infirmière ;
- En anesthésie, les observations ont été faites lors de mon stage d'élève IADE de première année.

Dans tous les cas, notre présence a été expliquée aux patients et leur accord ou refus a été pris en compte. Tous ont accepté.

2. Organisation des consultations

2.1. Les étapes communes des consultations observées

Elles concernent les consultations d'oncologie, de diabétologie et de chirurgie cardio thoracique.

L'IDE suit une trame bien définie lors de sa consultation infirmière, validée par tous les acteurs de santé :

- L'accueil du patient avec présentation du soignant et du déroulement de l'entretien ;
- Le recueil de données ;
- L'analyse et la formulation d'objectifs ;
- L'élaboration d'une stratégie pour aboutir à une action réalisable pour le patient ;
- L'évaluation des résultats ;
- La prise de décision ;
- La résolution de problèmes ;
- Le temps de synthèse ;

- Un récapitulatif oral et écrit permettant au patient d'avoir un guide.

Chaque consultation médicale associée à la consultation infirmière a un objectif précis :

- L'élaboration d'un diagnostic ;
- Une action de prévention ;
- La mise en œuvre d'un traitement ;
- Une éducation thérapeutique ;
- Un suivi ;
- La réalisation d'un bilan.

Le contenu des différentes étapes de la consultation va permettre au médecin d'orienter sa prescription et à l'IDE d'être guidée dans ses pratiques.

La consultation présente trois étapes :

- **La consultation initiale** faite par le médecin. Elle commence systématiquement par le diagnostic. Cette phase peut être plus ou moins développée en fonction des pathologies, de l'état de santé et des caractéristiques personnelles du patient. Elle permet d'orienter la suite de la consultation vers une action thérapeutique, éducative et/ou de prévention ;
- **La consultation de suivi** faite par le médecin et/ou l'IDE. Elle est organisée après la consultation initiale ou fait suite à une hospitalisation. Elle permet d'assurer des actions complémentaires thérapeutiques, éducatives et/ou de prévention. Elle est décidée et organisée en accord avec la personne soignée ;
- **La consultation finale** faite par le médecin ou l'IDE ou les deux. Elle permet une évaluation globale de la prise en charge du patient.

2.2. Les différences entre les consultations

Il existe quelques différences d'organisation liées aux caractéristiques propres de la spécialité médicale, du personnel médical et paramédical, du type de pathologie (chroniques, aigües…).

2.2.1. Consultations d'oncologie

Elles sont menées tous les jours de 9 heures à 17 heures.

Elles sont assurées par un effectif de quatorze médecins, deux psychologues, sept secrétaires, douze IDE. Médecins, IDE et psychologues sont présents à tour de rôle suivant un planning bien défini entre la consultation et le service de soins d'oncologie.
L'organisation des consultations d'oncologie est intégrée dans les mesures du plan cancer, mis en place à la demande des patients lors des premiers états généraux des patients atteints de cancer, pour bénéficier de meilleures conditions d'annonce du diagnostic de leur maladie.
Un dispositif d'annonce est mis en place et s'organise en deux temps :

- Un temps médical : dédié à l'annonce du diagnostic et de proposition de stratégie thérapeutique définie lors de réunion de concertation pluridisciplinaire. La décision thérapeutique, comprise et acceptée par le patient est écrite et remise sous forme d'un programme personnalisé de soins ;
- Un temps paramédical : il correspond à la consultation paramédicale qui inclut un temps d'écoute, d'information et de soutien. Elle implique une coordination entre la médecine de ville et les établissements privés et publics. Après un temps consacré aux questions, le patient sera guidé par l'IDE pour une visite du service.

2.2.2. Consultations de diabétologie

Elles sont menées tous les jours de 9 heures à 17 heures par les médecins et les mercredis, jeudis, vendredis pour les infirmières.

Elles sont assurées par six médecins, cinq IDE présentes à temps plein à la consultation et de deux secrétaires.

Le travail des infirmières des consultations est axé, uniquement sur la prise en charge des patients diabétiques et sur leur éducation en hôpital de semaine et en ambulatoire.

Géographiquement, les consultations se déroulent à quelques étages en dessous du service de diabéto-endocrinologie. C'est un endroit entièrement dédié à la consultation avec des bureaux spécifiques et adaptés : cinq bureaux pour la consultation médicale et un pour la consultation infirmière avec une spécificité concernant la présence d'un panel de matériel concernant le diabète : seringues, aiguilles, insuline, pompe à insuline, lecteurs de glycémie, bandelettes, brochures.

Souvent c'est le médecin traitant qui est l'instigateur de la consultation d'endocrinologie suite à la découverte d'une anomalie biologique et clinique lors d'une consultation.

Dans un premier temps, le patient est orienté vers le médecin endocrinologue pour une prise en charge médicale.

Dans un deuxième temps, l'infirmière de consultation prendra le relais pour le suivi et l'éducation. En sachant qu'elle peut être présente lors du premier entretien médical. La consultation infirmière d'une durée de 30 à 45 minutes est menée dans une visée de complémentarité avec la consultation du médecin. Ce dernier conserve sa prérogative propre de devoir poser un diagnostic et un programme thérapeutique.

Au cours de cette consultation, l'infirmière accueille le patient. Elle prend connaissance du dossier médical, des prescriptions faites et de l'orientation thérapeutique à suivre. Elle s'enquiert de l'état d'esprit du patient, de ses réussites et de ses difficultés. Elle consulte le carnet des glycémies spécifiques au patient et mène une véritable enquête pour trouver la cause des hyperglycémies (repas festifs, oubli de l'injection d'insuline….) ou d'hypoglycémies (vomissements, activité physique intense…).

Une fois l'analyse faite concernant les glycémies, elle vérifie les doses injectées d'insuline et peut proposer une modification du schéma thérapeutique. Un rappel des bonnes pratiques est fait en ce qui concerne le re-sucrage avec nécessité d'avoir toujours sur soi du sucre et des précisions sur la conservation du Glucagen®.

Un moment de réflexion est laissé au patient pour d'éventuelles questions, précisions et demandes.

A la fin de la consultation, un récapitulatif est fait ainsi qu'une reformulation.

Le rôle de l'infirmière aux consultations de diabétologie est d'éduquer le patient ainsi que son entourage.

Elle s'assure de la vérification et de l'observance des traitements et du régime alimentaire ainsi que le dépistage du risque d'hypoglycémie.

Elle accompagne le patient dans la conscience de son état, dédramatise la situation pour tenter de désangoisser la personne et son entourage.

Elle l'aide aussi à comprendre sa pathologie et à mettre en place un véritable temps d'écoute.

Elle s'assure de la programmation des examens biologiques et des rendez-vous. Elle apprend à réagir face à une hypoglycémie et explique les bienfaits d'une activité physique.

Tous les jours, ces infirmières ont un rôle d'aide à l'éducation par l'organisation de petits ateliers pendant environ 1h30 dans les locaux du service d'endocrinologie.

2.2.3. Consultations de chirurgie cardio thoracique

Elles se déroulent tous les jours pour le corps médical et les lundis, mercredis et vendredis pour les IDE de 9 heures à 17 heures.

Elles sont assurées par un des quatre chirurgiens cardio thoracique et par un des six MAR suivant une organisation spécifique. Ils sont secondés par une des trois IDE présentes selon un planning précis entre la consultation et le service de réanimation cardio thoracique. Tous sont aidés par deux secrétaires.

L'organisation est rigoureuse et suit un schéma bien spécifique :

- L'IDE accueille le patient ;
- Le chirurgien reçoit le patient en présence ou non de l'IDE selon sa disponibilité ;
- Le patient bénéficie de la consultation d'anesthésie faite par le MAR et en présence de l'IDE qui l'aide dans la gestion des ordonnances et la vérification de tous les éléments nécessaires à l'intervention ;
- Le patient sera vu à nouveau par l'IDE pour lui remettre les ordonnances pour un bilan sanguin, radiographie pulmonaire, bas de contention et apportera des informations concernant le régime sans résidu prévu trois jours avant l'intervention dans le cadre d'une chirurgie cardiaque. Elle prendra le temps de reprendre les points essentiels énoncés par le chirurgien et le MAR. Elle apportera quelques précisions à savoir, la date et l'heure de l'hospitalisation, la possibilité que la date de l'intervention soit modifiée, la nécessité d'apporter les dernières ordonnances et le traitement en cours, l'arrêt de certains médicaments et l'instauration de nouveaux.

Puis des précisions sur le post opératoire seront notifiés notamment sur le séjour en réanimation durant 24 heures voir davantage selon l'état de santé, les visites, les horaires et le nombre de jours post opératoire dans le secteur de soins ordinaires.

Un temps de réflexion est laissé aux patients pour d'éventuelles questions.

L'IDE est chargée d'appeler tous les patients le vendredi après le staff pour préciser le jour exact de leur intervention chirurgicale et les dernières modalités.

Pour aider les patients, les IDE ont établi des livrets pour les futurs opérés en chirurgie cardio thoracique contenant des ordonnances pré établies pour les examens sanguins, urinaires, radiographie pulmonaire, ECG, échographie cardiaque …. , des informations sur la transfusion

sanguine sous forme de plaquette, un fascicule sur la douleur, son évaluation, son traitement et la liste des aliments déconseillés dans le cadre d'un régime sans résidus .

Les IDE ont aussi un rôle dans la gestion du matériel (commandes, matériovigilance, approvisionnement des différents chariots indispensables à la prise en charge des patients aux consultations), ainsi qu'un rôle de référent logistique en réanimation de chirurgie cardio thoracique.

2.2.4. Consultation d'anesthésie

Les consultations d'anesthésie se déroulent dans des locaux spécialement dédiés. Huit bureaux de consultation sont mis à disposition pour les différentes spécialités : ORL, neurochirurgie, urologie, viscérale, vasculaire, orthopédie, plastie, gynécologie obstétrique. Les spécialités suivent un roulement. En effet, elles ne sont pas toutes représentées au quotidien.

L'équipe est composée des MAR, de trois secrétaires dont une est IDE. Ces consultations ont lieu tous les jours de 9 heures à 17 heures.

Pour l'année 2014, on compte 16 406 consultations « centralisées » d'anesthésie au CHU de Poitiers.

Ces consultations sont menées exclusivement par des MAR selon une organisation spécifique leur permettant de concilier, entre autres, leur travail au bloc opératoire. Le MAR effectuant la consultation n'est pas forcément celui qui réalisera l'anesthésie au bloc opératoire.

Cette consultation reprend les antécédents chirurgicaux, médicaux, allergique ainsi que les traitements en cours. L'interrogatoire se poursuit sur l'existence de signes fonctionnels. D'autres éléments, plus spécifiques, sont recueillis pour dépister les patients avec un risque hémorragique accru nécessitant une exploration biologique. Différents scores sont utilisés pour classer certaines pathologies ou pour «graduer» d'éventuels risques : Score de Lee, STOPBANG, NYHA, MET, ASA …

L'examen clinique complète la consultation : poids, taille, palpation, auscultation, recherche d'insuffisance cardiaque, pulmonaire, hépatique…, l'état veineux, les critères de ventilation (prédictifs d'une ventilation au masque difficile, d'intubation difficile).

Des examens complémentaires pourront être demandés : bilan sanguin, radio pulmonaire, explorations respiratoires, électrocardiogramme…

Une information est donnée concernant l'arrêt de certains traitements et au besoin, substitués par d'autres.

Le choix de la procédure anesthésique sera implicitement expliqué.

La préparation pré opératoire et la prise en charge de la douleur seront, entre autres, expliqués.

Le consentement libre et éclairé est recherché. *« Un geste médical non consenti correspondant juridiquement à un délit, il est obligatoire d'obtenir le consentement préalable du patient* (article du Code Civil*). Le MAR doit donner une information loyale, claire et appropriée sur les risques (code de déontologie médicale) et s'assurer que le patient a compris »*. La preuve de la réalisation de cette information doit pouvoir être apportée (arrêt HEDREUL de Février 1997).

IV. ETUDE

1. Type d'étude

Il s'agit d'une enquête déclarative d'opinion et d'une étude prospective, observationnelle, comparative de deux groupes :

- Le premier groupe caractérisé par la présence d'un médecin et d'une IDE aux consultations d'oncologie, de diabétologie et de chirurgie cardio thoracique ;
- Le deuxième groupe caractérisé par l'unique présence d'un MAR à la CA.

Le travail prospectif s'est porté sur l'évaluation de l'impact qualitatif d'infirmières lors de consultations pour mesurer le bénéficie ou non de l'IADE à la CA , et par la suite, envisager ou non sa place.

2. Lieu et durée de l'étude

Cette étude s'est déroulée au CHU de Poitiers dans les services de consultations d'oncologie, de diabétologie, de chirurgie cardio thoracique de décembre 2014 à avril 2015 et dans le service de consultation d'anesthésie lors de mon stage d'élève IADE de première année du 23 juin au 04 juillet 2014.

3. Objectifs de l'étude

L'objectif principal de cette étude a été de décrire la perception du MAR et de l'IADE sur la place de l'IADE en consultation.

L'objectif secondaire a été d'observer les conditions d'exercice des infirmières en consultation d'oncologie, de diabétologie et de chirurgie cardio thoracique.

Ceci dans le but de savoir s'il existe une place pour l'IADE à la CA au CHU de Poitiers.

4. Matériel et méthode

4.1. Critères d'inclusion

- Les services de consultations d'oncologie, de diabétologie, de chirurgie cardio-thoracique et d'anesthésie du CHU de Poitiers ;
- Les médecins et IDE rattachés à ces consultations et les MAR présents pour l'année 2014/2015.

Le choix des différents services de consultations s'est fait sur leurs spécificités et leurs axes de soins (aide à l'annonce du diagnostic, éducation, prévention, soins pour pathologies aigues et chroniques…).

4.2. Critères de non inclusion

- Consultations n'ayant pas la finalité de soins (médecine du travail…) et consultations non choisies car non retenues ;
- Pédiatrie ;
- Refus de répondre à l'enquête ;
- Refus des soignants concernant leur implication à l'étude ;
- Refus des patients ;
- Internes en anesthésie.

4.3. Critères d'exclusion

- Questionnaires mal remplis ou non remplis, les réponses n'étant pas exploitables.

4.4. Les observations

Les observations des pratiques aux consultations faites sur les différents sites inclus dans l'étude (oncologie, diabétologie, chirurgie cardio thoracique, anesthésie) ont été réalisées par l'intermédiaire d'un grille d'observation comportant plusieurs items (annexe 4) :

- Les caractéristiques des consultations (lieu, effectif) ;
- Les principaux acteurs (médecins, IDE, secrétaires) ;
- Le déroulement de la consultation ;
- Le rôle de chacun ;
- Les spécificités.

4.5. Les questionnaires

Plusieurs questionnaires ont été distribués.

Pour les IDE:

Un questionnaire a été remis fin janvier 2014 à chaque IDE de chaque consultation :

- 12 en oncologie ;
- 5 en diabétologie ;
- 4 en chirurgie cardio thoracique.

Un délai de réponse a été fixé fin mars 2015. Les questionnaires remplis ont été mis dans une chemise à cet effet et récupérés à la date fixée.

Ce questionnaire anonyme était composé de questions fermées, à choix multiples et de questions ouvertes (annexe 5).

Pour bâtir les items de ce questionnaire d'état des lieux des pratiques, nous nous sommes appuyés sur plusieurs données.

Dans un premier temps, nous avons voulu connaître le profil des infirmières de consultation, à savoir, le sexe, l'âge, l'année de diplôme et l'ancienneté (question 1, 2, 3)

Puis, par les questions 5, 6, 7, 8 et 15 des précisions étaient données concernant les caractéristiques du poste et notamment si d'autres attributions leur étaient données.

Les questions 9, 10 et 11 mettaient l'accent sur les moyens qui permettaient d'améliorer la prise en charge des patients aux consultations.

Les questions 12, 13, 14 étaient plus personnelles et incitaient les professionnelles à livrer leur ressenti sur leur travail aux consultations.

Pour les MAR et IADE:

Un questionnaire a été adressé aux MAR et aux IADE. Celui-ci était anonyme , composé de questions fermées, à choix multiples et de questions ouvertes. Les questions ont été communes aux deux populations interrogées (annexe 5).

Pour les MAR, leur liste a été récupérée auprès du secrétariat du Département d'Anesthésie et de Réanimation (DAR). Les adresses mails ont été relevées sur l'annuaire électronique du site intranet du CHU de Poitiers. Le questionnaire a été envoyé par mail à partir du 20 décembre 2014 à l'ensemble des MAR. Un délai de réponses a été fixé fin mars 2015. Suite à l'absence de réponses au 1er février 2015, une nouvelle stratégie a été considérée : un envoi du questionnaire par courrier interne avec enveloppe retour à mon nom et l'adresse de l'école d'IADE de Poitiers a été fait le 10 février 2015 avec clôture des réponses le 10 avril 2015.

Pour les IADE, la liste a été récupérée au niveau du planning des IADE par l'intermédiaire du cadre d'anesthésie. Le questionnaire, identique à celui des MAR, a été remis nominativement aux IADE par courrier interne le 20 décembre 2014 avec clôture des réponses le 10 avril 2015. Les réponses aux questionnaires ont été rangés dans une chemise dédiée à cet effet.

Il a été pris en compte un ensemble de critères : le sexe, l'âge, l'ancienneté, le lieu d'exercice, l'éventuelle place de l'IADE à la CA et ses actions éventuelles ainsi que la nécessité ou non d'une formation spécifique pour assurer cette consultation.

Les MAR et IADE étaient informés de l'étude menée (courrier explicatif joint au questionnaire), de son caractère facultatif et de l'anonymat des réponses. Ils étaient libres d'y participer. Leur accord est tacite à partir du moment où ils ont accepté d'y répondre. L'ensemble des données collectées a été regroupé dans un tableau et un numéro d'anonymat a été attribué à chaque réponse.

4.6. Les outils de statistiques

Les données observées ont été saisies dans un tableau Excell .

Une analyse descriptive des résultats a été réalisée. Les résultats sont présentés sous forme de nombres et de pourcentages.

V. RESULTATS DE L'ETUDE

Cette étude a été réalisée par l'intermédiaire d'observations et de questionnaires sur des périodes comprises entre décembre 2014 et avril 2015.

A noter, pour les consultations d'anesthésie, les observations ont été faites lors de mon stage de première année en tant qu'élève infirmière anesthésiste du 23 juin à 04 juillet 2014.

1. Questionnaire des IDE de consultation

Le questionnaire a été distribué aux IDE des consultations des différents services ou ont été effectuées les observations.

L'effectif total est de **21** IDE :

- **5** en diabétologie
- **4** en chirurgie cardio thoracique
- **12** en oncologie

Au total, **9 questionnaires** ont été récupérés, soit **un taux de participation de 43 %**.

Sur les 9 questionnaires reçus :

- **5** venaient de diabétologie soit : 100% de réponses sur l'effectif
- **1** de chirurgie cardio thoracique soit : 25% de l'effectif
- **3** d'oncologie soit : 25% de l'effectif

Tableau 1 : ***Caractéristiques démographiques des IDE des différentes consultations toutes confondues.***

Caractéristiques démographiques des IDE des consultations	Diabétologie	Chirurgie cardio thoracique	Oncologie	Total (effectif et %)
Sexe				
Masculin	0	0	0	0
Féminin	5	1	3	9 : 100%
Age				
< 30 ans	0	0	0	0
31-35	1	0	1	2 : 22,2%
36-40	0	1	0	1 : 11,1%
41-45	0	0	0	0
46-50	2	0	2	4 : 44,4%
51-55	2	0	0	2 : 22,2%
56-60	0	0	0	0
61-65	0	0	0	0
Année de diplôme				
1980-1985	1	1	1	3 : 33,3%
1986-1990	2	0	0	2 : 22,2%
1991-1995	0	0	1	1 : 11,1%
1996-2000	0	0	1	1 : 11,1%
2001-2005	1	0	1	2 : 22,2%
Ancienneté aux consultations				
0-2 ans	2	1	1	4 : 44,4%
3-5 ans	2	0	1	3 : 33,3%
6-8 ans	0	0	0	0
9-11 ans	0	0	0	0
12-14 ans	1	0	0	1 : 11,1%
> 14 ans	0	1	1	1 : 11,1%

La population concernée des infirmières de consultation est exclusivement **féminine**. La tranche d'âge est située entre **46 et 50 ans**. L'**ancienneté** aux consultations est majoritairement comprise entre **0 et 5 ans**.

Tableau 2 : ***Caractéristiques du poste aux consultations***

Spécificités du poste	**Diabétologie**	**Chirurgie cardio thoracique**	**Oncologie**	**Total (effectif et %)**
Choix du poste				
Oui Non	5 0	1 0	3 0	9 : 100% 0
Temps complet				
Oui Non	5 0	0 1	0 3	5 : 55,5% 4 : 44,4%
Gestion de commandes de matériel et pharmacie Rangement des stocks				
Oui Non	0 5	1 0	0 3	1 : 11,1% 8 : 88,8%
Travail en **solo**	oui	oui	oui	9 : 100%
Travail en **binôme** avec le médecin	non	oui	oui	4 : 44,4%
Travail en **complémentarité** avec le médecin	oui	oui	oui	9 : 100%

Toutes les infirmières ont choisi leur poste aux consultations. C'est un temps complet pour les consultations de diabétologie et un mi -temps pour les consultations d'oncologie et de chirurgie cardio thoracique complété par un mi-temps dans le service de la spécialité concernée.

Toutes mènent seules la consultation infirmière mais travaillent en complémentarité avec le médecin. Pour les infirmières d'oncologie et de chirurgie cardio thoracique, celles-ci sont présentes physiquement, à la consultation menées par le médecin.

Tableau 3 : ***Connaissance de la fiche de poste des consultations***

Connaissance de la fiche de poste	**Diabétologie**	**Chirurgie cardio thoracique**	**Oncologie**	**Total (effectif et %)**
Oui Non	4 1	0 1	3 0	7 : 77,7% 2 : 22,2%

Il existe une fiche de poste mais elle n'est pas forcément connue par toutes.

Tableau 4 : ***Avis des infirmières sur la nécessité d'une formation ou d'un diplôme pour la pratique des consultations.***

Diplômes / Formations	Diabétologie	Chirurgie cardio thoracique	Oncologie	Total (effectif et %)
Oui Non	3 2	0 1	3 0	6 : 66,6% 3 : 33,3%

66,6% d'infirmières estiment qu'une **formation est nécessaire** à la consultation.

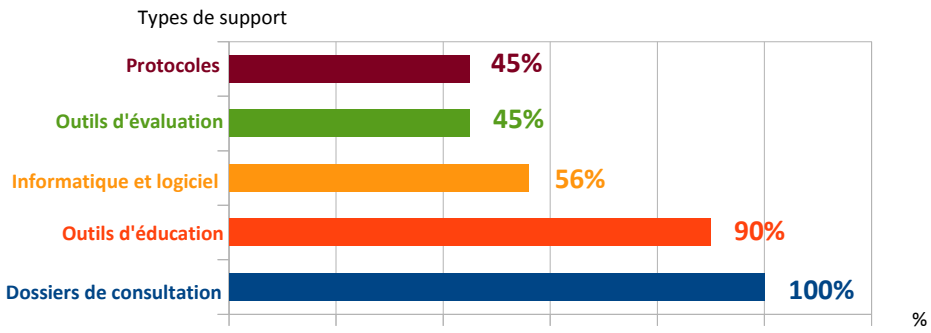
Tableau 5 : ***Types de formations suivies par les infirmières des consultations.***

Diplômes / Formations suivies	Diabétologie	Chirurgie cardio thoracique	Oncologie
Formation à la spécialité	Oui : 5 : 100%	Oui : 1 : 100%	Oui : 3 : 100%
Formation d'Education thérapeutique du patient (ETP)	Oui : 2 : 40%	Non	Non
Entretien	Oui : 1 : 20%	Non	Non
DU de cancérologie	Non	Non	Oui : 1 : 33,3%
DU de soins palliatifs	Non	Non	Oui : 2 : 66, 6%

Toutes les infirmières ont suivi une formation spécifique induite par leur ancienneté dans le service d'où sont issues les consultations. Quatre infirmières ont suivi une formation spécifiques se rapportant à la spécialité (notamment en endocrinologie) et deux détiennent un DU en oncologie.

Trois détiennent un DU en oncologie, soient un en cancérologie et deux en soins palliatifs.

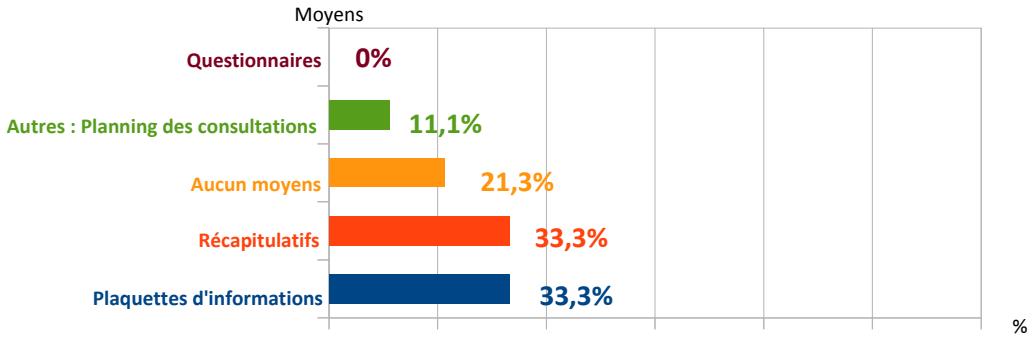
Figure 1 : ***Outils et supports utilisés pour les consultations***



Systématiquement le dossier de soins est utilisé pour les consultations. Il est complété par des outils d'éducation (plaquettes explicatives, utilisation de matériel médical et chirurgical périmé…) et par des logiciels informatiques spécifiques.

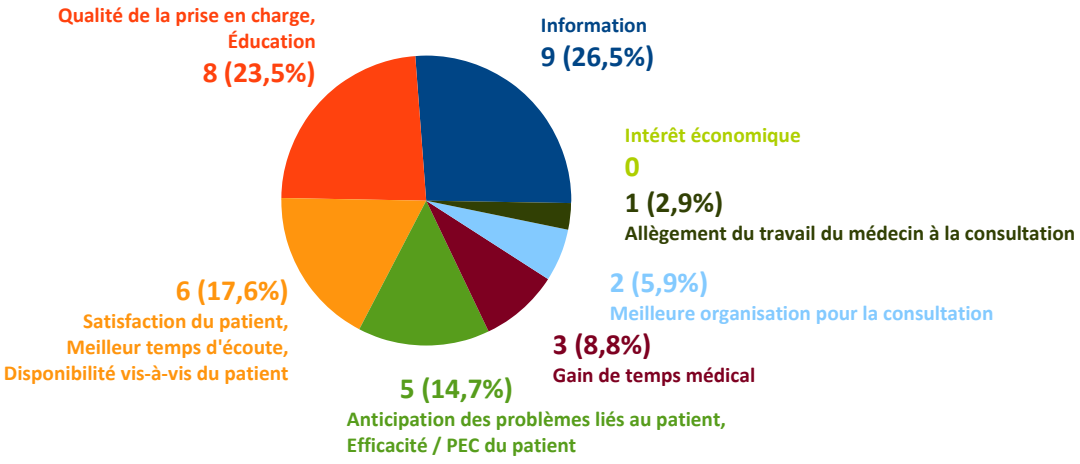
Des protocoles et des outils d'évaluation aident à une prise en charge optimale du patient par l'équipe.

Figure 2 : ***Moyens mis en œuvre pour améliorer la consultation***



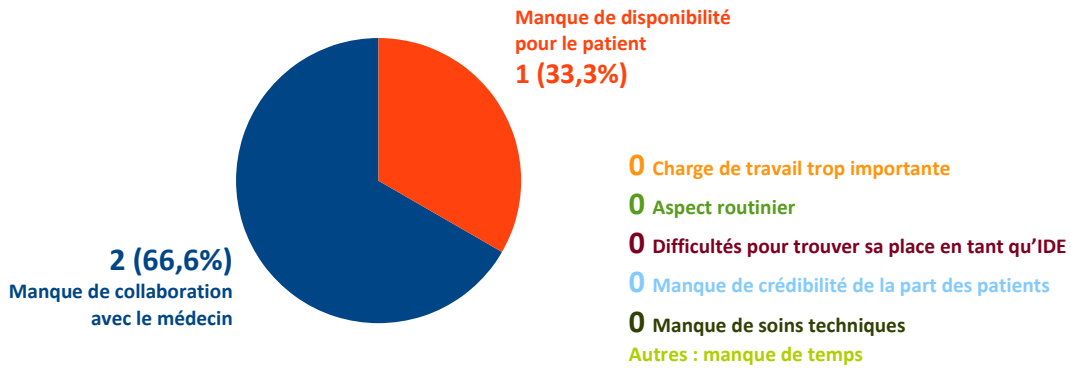
Des plaquettes d'information et des récapitulatifs ont été créés pour améliorer la prise en charge des patients lors des consultations.

Figure 3 : ***Points positifs liés à la présence de l'IDE aux consultations***



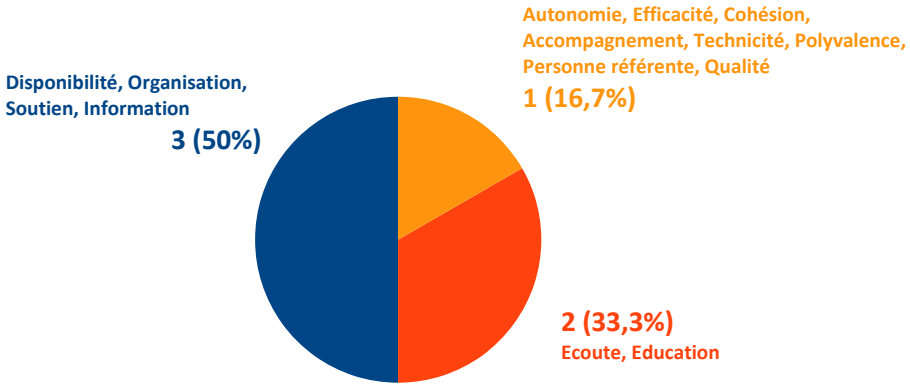
Les points perçus comme positifs par les IDE concernant leur présence à la consultation sont principalement : l'information qu'elles peuvent donner aux patients, l'éducation, la satisfaction du patient, un meilleur temps d'écoute et leur disponibilité.

Figure 4 : ***Points négatifs ou à améliorer lors de la consultation***



Peu de points à améliorer si ce n'est la collaboration avec le médecin et le manque de disponibilité pour le patient

Figure 5 : ***Définition du rôle de l'IDE aux consultations***



Le rôle de l'IDE aux consultations met en valeur son rôle propre dans la disponibilité, le soutien, l'organisation et l'information.

2. Questionnaire MAR / IADE

Figure 6 : ***Taux de participation au questionnaire***

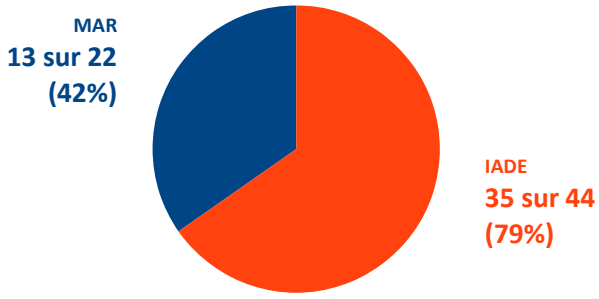


Tableau 5 : ***Caractéristiques démographiques des MAR et IADE***

Caractéristiques	MAR	%	IADE	%
Sexe				
Masculin	12	54,5	8	24 ,2
Féminin	10	45,4	25	75,7
Total	22	100	33	100
Tranche d'âge				
30-45 ans	11	50	18	54,5
46-65 ans	11	50	15	45,4
Total	22	100	33	100
Ancienneté				
0-20 ans	13	59	24	72,7
21-40 ans	9	40,9	9	27,2
Total	22	100	33	100

Les femmes sont plus nombreuses dans la population des IADE ce qui reste logique compte tenu de son pourcentage dans l'effectif total (76%).

Pour les MAR, il existe un équilibre entre hommes et femmes.

Pour l'âge, une grande homogénéité caractérise les deux professions.

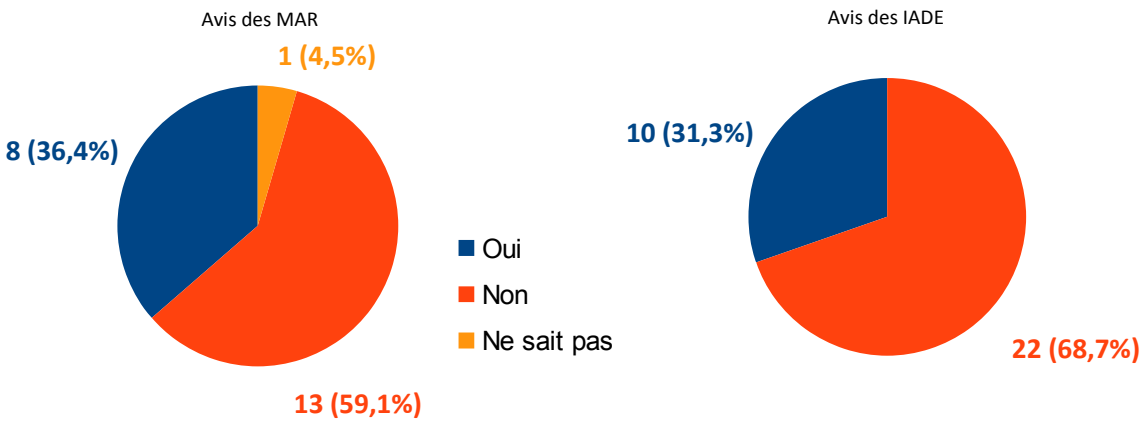
Au niveau de l'ancienneté, les MAR et les IADE sont plus nombreux entre 0 et 20 ans.

Tableau 6 : ***Lieu d'exercice MAR/IADE***

Lieu d'excercice	MAR	IADE
Bloc / Consultation	12 (84%)	0
Bloc / Consultation / Réanimation	4 (18%)	0
Bloc / SSPI	2 (9%)	5 (15%)
Bloc / Réanimation	2 (9%)	0
Bloc	1 (4%)	28 (85%)
Bloc / Recherche / Consultation	1 (4%)	0

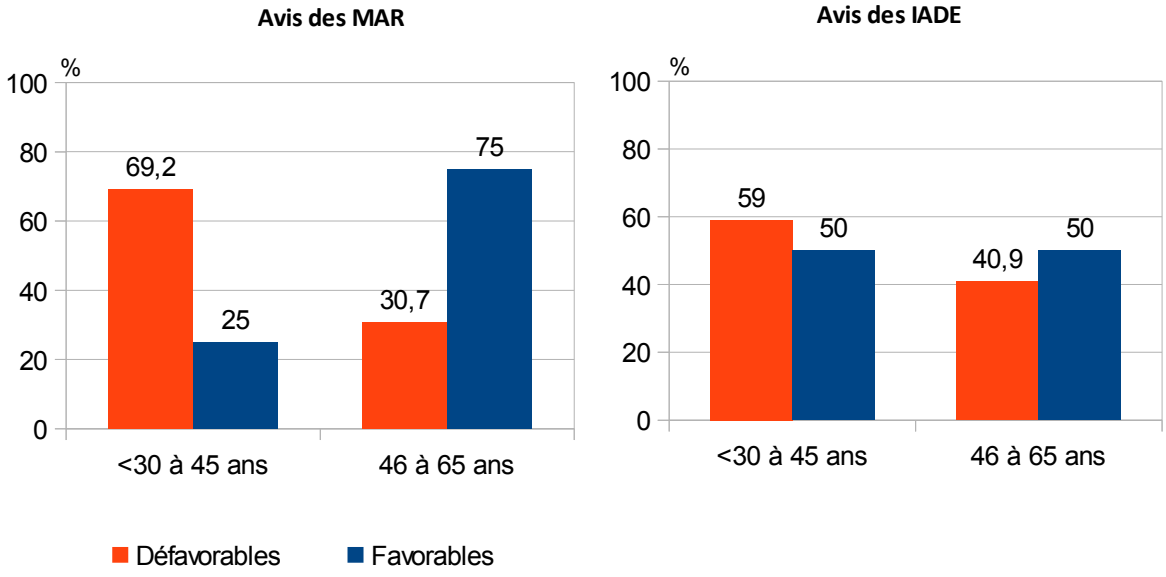
Le bloc opératoire concentre la majeure partie de l'activité des MAR et des IADE.

Figure 7 : ***Avis sur la place de l'IADE à la CA***



En grande majorité, il n'y a pas de place pour les IADE à la CA selon l'avis des MAR et des IADE

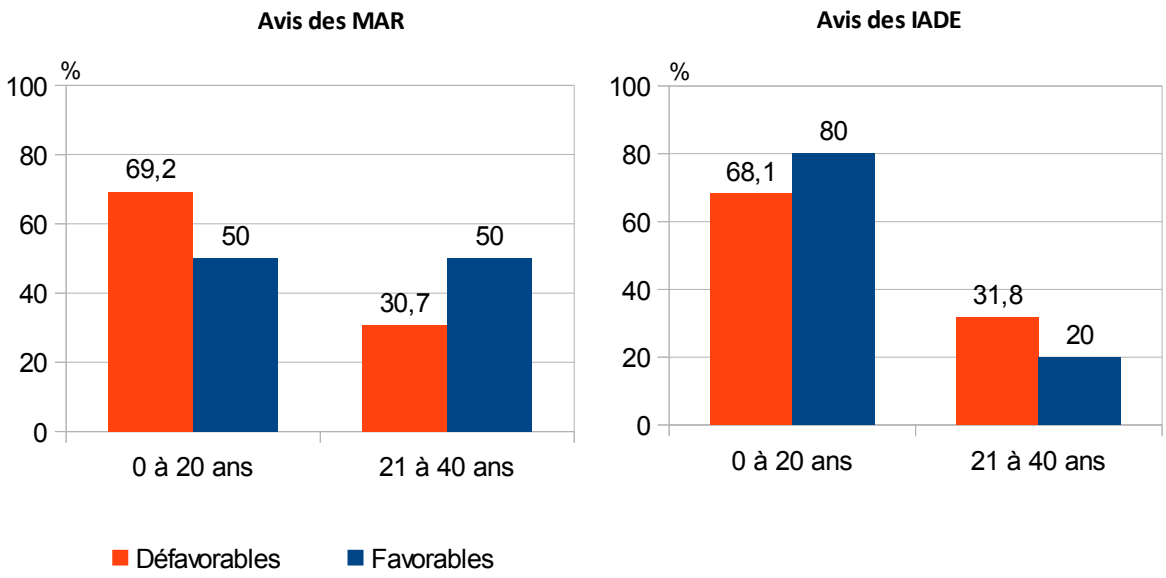
Figure 8 : ***Avis pour la place de l'IADE en fonction de l'âge***



Les MAR entre 46 et 65 ans seraient plus favorables à la présence des IADE à la CA que la génération des <30 ans à 45 ans.

Pour les IADE, les réponses sont plus homogènes, il n'y a pas de différences entre les générations aussi marquées.

Figure 9 : ***Avis pour la place de l'IADE à la CA en fonction de l'ancienneté***



Les IADE ayant entre 0 et 20 ans d'ancienneté seraient plus favorables à une place aux consultations que les plus anciennes générations.

Les MAR entre 0 et 20 ans d'expérience n'estiment pas que les IADE aient leur place à la CA à 69% contrairement à leurs ainés ayant 21 à 40 ans d'expérience (50%)

Tableau 7 : ***Raisons évoquées pour l'éventuelle présence d'une IADE à la CA***

Raisons	MAR	IADE
Gain de temps médical	7	3
Qualité de prise en charge du patient	2	5
Meilleure organisation	3	2
Disponibilité vis-à-vis du patient	3	10
Éducation	4	7
Information	0	9
Écoute	0	8
Autres	0	2 Hypnose, douleur

Pour les MAR la présence d'une IADE à la consultation serait essentiellement un gain de temps médical.

Pour les IADE, ce serait une disponibilité vis-à-vis du patient, un rôle d'information et d'écoute.

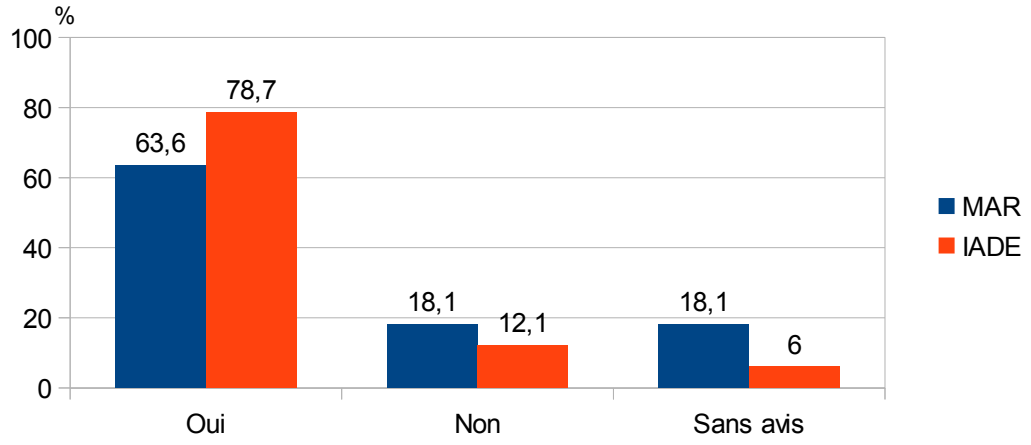
Tableau 8 : ***Raisons du refus de présence d'une IADE à la CA***

Raisons	MAR	IADE
Action redondante	3	7
Acte médical	13	13
Inutile pour le patient	2	7
Présence de l'IDE suffisante	6	4

MAR et IADE sont unanimes, la CA est un acte médical.

Il faut souligner le fait que MAR et IADE estiment que la présence d'une IDE serait suffisante pour la consultation.

Figure 10 : ***Nécessité d'une formation spécifique***



La nécessité d'une formation spécifique pour la CA apparaît indispensable pour la majorité des MAR et des IADE.

Tableau 9 : ***Actions envisagées de l'IADE à la CA***

Actions	MAR	IADE
Accueil	9	14
Vérification du dossier	10	19
Prise de paramètres	10	18
Information du jeun et de la préparation pré opératoire	10	19
Rôle dans la confiance et disponibilité	9	18
Prise en charge de la douleur	0	16
Informations techniques	0	14
Informations sur la surveillance post opératoire	8	15

VI. DISCUSSION

- **Le taux de participation :**

Dans notre travail, le sujet sur la place de l'IADE à la CA a semblé intéresser, davantage les IADE que les MAR à en juger par le taux de participation, respectivement de 79% et 42%.

- **Lieu d'exercice :**

Dans notre étude, les résultats ont montré que 84% des MAR et 85% des IADE travaillent essentiellement au bloc opératoire. Les IADE sont aussi présentes en SSPI du CHU de Poitiers, en plus du bloc opératoire, pour répondre au décret de 1994 sur la sécurité anesthésique [27].
Les MAR sont présents aux consultations, en SSPI, en réanimation et font de la recherche.
Le panel d'activité des MAR est plus vaste que pour les IADE. Une étude confirme le caractère très clinique de l'activité des MAR : les praticiens exercent pour plus de 80% de leur activité en : anesthésie, réanimation, soins intensifs, médecine d'urgences, centre de la douleur, soins palliatifs. Le reste de leur activité professionnelle est consacré, en particulier, à l'enseignement, la recherche, l'administration et la gestion [28].

L'objectif principal de ce travail a été de savoir s'il existe une place pour l'IADE à la CA au CHU de Poitiers.

- **Présence de l'IADE à la CA :**

Dans notre étude, la présence de l'IADE à la CA n'est pas souhaitée pour la majorité des IADE à 69,6% et pour les MAR à 59%.

Cela confirme la position des sociétés savantes, à savoir que « ***la multiplication des intervenants dilue les responsabilités, nuit à la cohésion des équipes et augmente les risques de défauts de communication*** » [29] .

De plus, «***l'évaluation du risque anesthésique est complexe et demande une parfaite connaissance des complications possibles en fonction des antécédents du patient, des critères d'intubation et du type de chirurgie*** ».[8]

Il nous a semblé intéressant de savoir si l'âge et l'ancienneté des professionnels ont eu une influence sur ces réponses.

Pour ceux qui ont répondu non :

La génération des MAR et IADE de moins de 30 ans jusqu'à 45 ans (respectivement 69,2% et 59%) ont été les plus défavorables à la présence des IADE à la CA.

Concernant l'expérience, les MAR et IADE de 0 à 20 ans n'ont pas estimé que les IADE aient leur place à la CA à 69,2% et 68,1% . Les « jeunes MAR » et « jeunes IADE » en âge et en expérience ont semblé plus tourné vers un travail individuel ce qui ne corrobore pas avec les objectifs de soins. « ***Renforcer la cohésion du travail en équipe (teamwork)...le partage des informations, la communication adéquate, la répartition claire des tâches et le respect des mêmes attitudes en cas de problème inattendu sont des prérequis fondammentaux*** » [30] .

Pour ceux qui ont répondu oui :

Les résultats ont été plus écclectiques pour les différentes catégories et différentes professions.

Pour les MAR , l'ancienneté n'a pas été un facteur influençant le choix. Par contre, les IADE entre 0 et 20 ans d'expérience ont été à 80% favorables à la CA.

Concernant l'âge, la tendance a été inversée. 75% des MAR âgés de 46 à 65 ans ont été favorables à la présence des IADE .

Pour les IADE, un équilibre entre les deux catégories d'âge a été constaté.

- **L'IADE à la CA, une réponse à la pénibilité ?**

D'aprés les résultats, on pourrait penser que la consultation pour les IADE serait un moyen de prévenir la pénibilité et l'usure professionnelle. Celle -ci permettrait, entre autres, de trouver un autre centre d'intérêt à leur travail et une prise en charge différente et spécifique du patient.

De plus, le personnel soignant, sujet aux troubles musculo-squelettiques (TMS) par la manutention manuelle exercée sur les patients, pourrait compromettre son activité au bloc opératoire et favoriser « l'absentéisme ». « ***Les ressources humaines sont un enjeu majeur pour les établissements de santé qui font de la prévention des TMS un axe majeur d'amélioration de la qualité de vie au travail compte tenus des côuts induits par ces derniers »***[31]. Un poste aux consultations pourrait être, alors, plus adapté et permettre l'utilisation des compétences de l'IADE.

Pour les MAR, l'aide des IADE à la CA permettrait « d'alléger » leur charge de travail. Le nombre de gardes et d'astreintes pèse lourd dans leur vie quotidienne. L'analyse par le Syndicat National des Anesthésistes Réanimateurs Français (SNARF) de l'activité de ses membres pendant une semaine est éclairante : 94% d'entre eux ont une activité de gardes, soit sur place, soit par astreinte à domicile, soit les deux. C'est dans les établissements ayant une maternité que la situation est la plus critique car les urgences y sont constantes.

Les MAR sont confrontés à la multiplication des mises en cause juridiques. Les accidents anesthésiques sont rares : 2,6 pour 100 000 . Une enquête de l'Institut National de la Recherche Médicale estimait la mortalité liée à l'anesthésie à une personne pour 13 000 anesthésies. Les évolutions lié au décret du 05 décembre 1994 ont considérablement amélioré la sécurité anesthésique [32] .

- **L'IADE à la CA : un enjeu financier ?**

La consultation IADE représenterait un coût pour l'hôpital en termes de personnel et de moyens. Néanmoins, le coût d'une consultation médicale est supérieur à celle d'une infirmière.

- **L'IADE à la CA, une réponse à la pénurie des MAR ?**

Depuis la fin des années 80, les chiffres qui reflètent la crise du recrutement sont en chute libre. Plusieurs facteurs sont en cause : la modification des études, les contraintes, le vieillissement des médecins.

Les études: L'ancien CES était une formation ouverte, tous les médecins souhaitant devenir anesthésiste-réanimateur pouvait s'y inscrire librement. Aujourd'hui , ils doivent passer l'internat qualifiant, concours qui instaure une sélection et limite le nombre de places.
Les contraintes : Difficile à concilier avec une vie de famille, l'anesthésie réanimation suscite peu de nouvelles vocations. Les étudiants préfèrent se diriger vers des spécialités moins astreignantes.
Le vieillissement : La situation continue de se dégrader. Les 30-40 ans sont aujourd'hui trois fois moins nombreuses que les 40-50 ans [24] .

- **L'IADE ou l'IDE à la CA ?**

Dans notre étude, 18,1% des MAR ont estimé que la présence d'une IDE serait suffisante. Paradoxalement 63,6% des MAR et 78,7% des IADE ont pensé qu'une formation est nécessaire. Les principales raisons évoquées pour ne pas envisager la présence de l'IADE à CA ont été : le caractère médical (pour 59% des MAR et des IADE) comme le stipule la SFAR et la redondance d'information (pour 13,6% des MAR et 22,2% pour les IADE).
Dans l'éventualité d'une présence de l'IADE à la CA, les MAR n'ont pas souhaité leur implication en ce qui concerne le recueil de données, les informations techniques, chirurgicales, les complications, la douleur, la transfusion, la prise en charge des patients ASA 1 et ASA 2. De ce fait, les MAR interrogés ont reconnu le rôle infirmier de l'IADE mais pas sa spécificité .

Son rôle serait pour les MAR et IADE : un gain de temps, une disponibilité, une écoute et une implication dans l'éducation ce qui rejoint la définition de la consultation infirmière : ***«La consultation infirmière est une prestation qui consiste à informer, conseiller, éduquer un patient ou son entourage en matière de santé ou de soins infirmiers. La consultation est réalisée en milieu hospitalier ou extra hospitalier, soit sur prescription, soit à la demande du patient ou des infirmières. Elle peut s'inclure dans une consultation pluridisciplinaire»*** [33].

L'IADE reste une infirmière. ***«Est considérée comme exerçant la profession d'infirmière toute personne qui, en fonction des diplômes qui l'y habilitent, donne habituellement des soins infirmiers sur prescription médicale ou conseil médical ou bien en application du rôle propre qui lui est dévolu. En outre, l'infirmière participe à différentes actions notamment en matière de prévention, d'éducation à la santé et de formation ou d'encadrement»*** [34] .

Ainsi les textes qui régissent la profession d'infirmière, distinguent deux rôles : *le rôle propre* et *le rôle sur prescriptions* [35].

La consultation infirmière doit être envisagée comme un temps dédié au patient et à son entourage. Cela implique de reprendre avec le patient et son entourage les informations données par le médecin mais à un moment ou le patient n'arrive pas toujours à donner tout son sens à ces informations. Les infirmières agissent, ici, comme répétitrices et traductrices des informations médicales. Cela fait partie de la ré-assurance.. L'information ne doit se réduire à une information négative sur les risques, elle doit être globale, pédagogique et positive. [Etude comparative de différentes méthodologies d'information pré opératoire . Disponible sur www.academie-chirurgie.fr /ememoires/005_2007_6_4_067x071.pdf (consulté le 24.05.2015).

L'information préopératoire, lors des consultations de chirurgie puis d'anésthésie, est une étape indispensable d'explication et de dialogue, notamment en ce qui concerne la douleur post opératoire [36] [37][38] et permettrait de réduire sa consommation d'analgésiques post opératoire [39][40].

La profession d'infirmière doit se poursuivre vers une dimension humaniste du soin.

L'objectif secondaire de cette étude a été de montrer que la présence d'une IDE à la consultation spécialisée apporte une plus-value à cette consultation.

- **Caractéristiques démographiques :**

Dans notre étude, les IDE de consultations ont toutes été des femmes dont la tranche d'âge 46-50 ans est la plus représentée. En moyenne, leur ancienneté dans la profession a été de 25 à 30 ans et de 0 à 5 ans aux consultations.

Ces critères témoignent d'une expérience et d'une maturité personnelle et professionnelle.

Les infirmières qui effectuent des consultations parlent de leur activité avec passion. Toutes ont choisi leur poste de travail. Si 55,5% d'entre elles sont à temps plein, 44,4% sont à mis temps leur permettant de maintenir une activité de soins dans le service auxquelles les consultations sont rattachées.

- **L'organisation des consultations :**

Dans notre travail , elle a permis de répondre aux besoins des patients. Le patient a été systématiquement vu en premier par le médecin puis dans un deuxième temps par l'infirmière

dans un lieu dédié. Certaines infirmières ont regretté un manque de collaboration avec le corps médical.

- **Les outils** :

Dans notre observation, chaque patient a bénéficié d'un dossier de soins. Des outils éducatifs, d'évaluation, des protocoles et des logiciels informatiques ont utilisés et complétés par d'autres supports élaborés par les IDE de consultation : plaquettes d'information et des récapitulatifs pour 78% d'entre elles.

- **L 'information :**

Les résultats de ce travail ont montré que l'IDE à la consultation joue un rôle important dans l'information, l'éducation et la qualité de la prise en charge des patients à la consultation ainsi qu'une écoute et une disponibilité. Les IDE ont estimé nécessaire d'avoir une formation spécifique, d'ailleurs, plusieurs d'entre elles en ont suivi notamment un Diplôme universitaire (DU).

Quand on compare les définitions du rôle de l'IDE à la consultation et ceux évoqués pour l'IADE à la CA, les qualificatifs énoncés sont similaires : information, éducation, disponibilité, écoute reflétant le rôle propre infirmier.

La consultation infirmière en anesthésie permettrait de répondre à des besoins que les médecins anesthésistes par manque d'effectifs seraient moins en mesure de satisfaire.

VII. DIFFICULTES ET LIMITES DE L'ETUDE

La difficulté a été de traiter d'un sujet sensible, peu abordé jusqu'à présent, mettant en parallèle les MAR et les IADE. Ceci dans un contexte d'inexpérience d'une part et d'autre part la mise en place de pratiques avancées, de coopérations entre professionnels de santé, de transfert de compétence, de délégations de tâches qui ne sont pas encore clairement définis et réglementés par le gouvernement et les sociétés savantes, rendant difficile la prise de position.

Les limites de cette étude ont été :

- Le faible taux de participation des MAR et des IDE au questionnaire
- L'analyse des résultats donne une idée du ressenti des principaux acteurs. Ces éléments subjectifs pourraient constituer un biais de sélection.

- le faible taux de réponses des MAR et des IADE aux questions 2 et 3 concernant les raisons (question 2) ou les non raisons (question 3) de la place de l'IADE à la CA.

Les MAR et les IADE défavorables à la présence de l'IADE à la CA n'ont peut-être pas répondu à la question 2 et inversement, ceux qui y sont favorables n'ont peut-être pas répondu à la question 3 pouvant entraîner un biais dans l'étude.

- Beaucoup d'items dans les questionnaires pouvant entraîner des données manquantes
- La participation inégale à cette étude dans les différentes consultations
- L'absence d'un questionnaire de ressenti pour les patients ayant participé aux consultations. Ceci dans le but de connaître leur opinion sur la présence ou l'absence d'une infirmière à la consultation.
- Une question manquante sur la connaissance ou la méconnaissance du concept des pratiques avancées dans l'exercice de la fonction IADE pouvant entrainer un biais dans l'étude.
- Dans le nombre de MAR ayant répondu au questionnaire, certains ne font pas de CA. Il aurait fallu les exclure de l'étude pour éviter un biais.
- Cette étude a un caractère exploratoire. Cette première approche de la question apporte des éléments objectifs mais suscite des questions qui auraient besoin d'être plus approfondies.
- Il aurait été intéressant d'ajouter une question dans le questionnaire des IDE pour préciser la nature de l'activité de la consultation infirmière : soins techniques, éducation, information…et de préciser le caractère de celle-ci (principale ou secondaire).

VIII. ENJEUX ET PERSPECTIVES

Aujourd'hui, la coopération entre professionnels de santé est un axe de travail central pour l'avenir du système de santé.

1. Enjeux

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

Le deuxième enjeu relève de l'attractivité des professions de santé :

- par la reconnaissance des compétences réelles et une possibilité d'évolution de carrière pour les paramédicaux
- par l'amélioration des conditions de travail pour les médecins

Le troisième enjeu est de s'assurer de l'efficacité des nouvelles formes de coopération des professionnels de santé en les évaluant.

2. Difficultés

La mise en place d'une consultation infirmière entraine quelques bouleversements. C'est une offre de soins supplémentaire pour le patient, un partage du travail pour les soignants et une redistribution des moyens de fonctionnement.
Les difficultés concernent aussi plusieurs points :

- une terminologie qui peut entraîner une confusion (pratiques avancées, transfert de tâches, délégation de tâches, IDE experte, clinicienne…) ;
- des équipes médicales pouvant percevoir les pratiques avancées comme une réduction de leur champ d'activité ;
- des équipes soignantes réticentes percevant les pratiques avancées comme une prise de risque ;
- des pouvoirs publics attendant un gain financier rapide de ces évolutions de partage de tâches permettant d'économiser du temps médical et donc de l'argent ;
- des patients peu informés pouvant craindre une diminution de la qualité des soins ;
- une absence d'évolution des textes législatifs, réglementaires et un vide juridique concernant la redéfinition des tâches de chacun.

3. L'avancée

Il va être nécessaire :

- de changer nos représentations collectives sur notre profession ;
- de travailler sur la synergie et la complémentarité avec l'équipe médicale ;
- d'avoir une exigence de qualité pour les formations qui seront mise en place ;
- de prioriser la qualité et la sécurité de la prise en charge des patients ;
- de communiquer avec l'ensemble des professionnels de santé pour comprendre et réduire les craintes envers cette évolution de la santé.

Pour cela, il est impératif sinon rien ne sera possible, de :

- définir les actes de coopération entre médicaux et paramédicaux ;
- définir et mettre en œuvre les conditions juridiques, économiques et de formation, nécessaires à l'application de ces partages des tâches ;
- de s'appuyer sur les études internationales qui démontrent la pertinence de cette orientation mais en tenant compte de la spécificité de notre système de santé.

4. Perspectives

Si demain le concept de pratiques avancées pour les IADE prenait forme dans un cadre réglementaire, précis et adapté, quelles pourraient être les perspectives de l'IADE à la CA ?

En tenant compte que la CA est, et doit rester, un acte médical conformément aux recommandations des sociétés savantes et à la volonté des MAR et des IADE pour une grande majorité.

En considérant la complémentarité des MAR et des IADE.

En valorisant le rôle de chacun dans le cadre de leur mission propre.

La répartition des tâches du binôme MAR/IADE envisageable pour la CA pourrait être :

Répartition des tâches du binôme MAR/ IADE à la CA	
IADE pour la première consultation	MAR pour la première consultation
Se présenter Donner le but de sa présence Description du bloc opératoire et de l'équipe pluri disciplinaire Recueillir les antécédents médicaux, chirurgicaux et anesthésiques Prise des paramètres : Poids, taille, Pouls, TA Informer sur les différentes techniques d'anesthésie, sur le déroulement, la surveillance et la prise en charge de la douleur Rassurer, mettre en confiance, écouter, évaluer le degré d'anxiété Répondre aux questions	Se présenter Evaluer les risques, les complications éventuelles, les examens complémentaires Vérifier les antécédents médicaux, chirurgicaux, anesthésiques Prendre connaissance du traitement, des allergies Evaluer les troubles fonctionnels Auscultation, critères d'intubation, la classe ASA, le score d'Apfel Choix de la technique d'anesthésie Prémédication, jeun, consignes pré opératoire Consentement éclairé du patient Rassurer, mettre en confiance Répondre aux questions complémentaires et pour les autres questions « pratiques », voir avec l'IADE

Par ailleurs, MAR et IADE estiment qu'une formation spécifique est nécessaire à la CA pour l'IADE.

Son contenu pourrait être :

- une conduite d'une consultation, d'un entretien et d'un comportement avec un patient ;
- une méthodologie pour le déroulement des différentes actions ;
- un établissement de protocole et de supports ;
- une simulation d'une consultation avec entraînement et mise en situation.

IX. CONCLUSION

Les métiers de la santé sont impactés, aujourd'hui, par différents enjeux : démographique, économique et politique. Parallèlement, ils doivent répondre aux besoins de santé de la

population et s'inscrire dans un contexte national et européen. Tout cela entraînant une évolution vers un partage des tâches entre médecins et paramédicaux.

Le travail en collaboration entre MAR et IADE est indéniablement un facteur de la sécurité anesthésique.

L'intrication des compétences entre ces deux professionnels rend le transfert de tâche difficile et délicat, d'autant plus que pour les sociétés savantes, les MAR et les IADE, l'anesthésie doit rester un acte médical.

Dans ce contexte, quel est l'avenir pour les IADE ?

Que peuvent-elles faire au regard de leur nouvelle formation Master ?

Le débat reste ouvert …

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

[1] Soins-Infirmiers.com.
Disponible sur www.soins-infirmiers.com/consultation_anesthesie.php (consulté le 23. 09. 2014).

[2] Fischer SP. Development and effectiveness of an anesthesia preoperative evaluation clinic in a teaching Hospital. Anesthesiology 1996 ; 85 : 196-206.

[3] Ministère des Affaires Sociales, de la Santé et de la ville. Décret n°94-1050 du 5 décembre 1994. Journal Officiel de la République Française, 8 décembre 1994 ; 17383. 5.

[4] www.legifrance.gouv.fr. (consulté le 23. O9. 2014) .

[5] Kluger, anesthesia, 2000; 55: 1173-8.

[6] Intérêt de la consultation d'anesthésie par rapport à la seule visite pré-anesthésique M. Blanc-Jouvan.Lyon.
Disponible sur www.chu-rouen.fr/page/nlm/NLM_10575499 (consulté le 20.01.2015).

[7] www.infirmiers.com (consulté le 30. 09. 2014).

[8] Recommandations concernant le rôle de l'Infirmier Anesthésiste Diplômé d'Etat. SFAR 2015.
Disponible sur http://www.sfar.org/accueil/print_article.php?id_article=7 (consulté le 10.01.2015).

[9] Le petit Larousse illustré.

[10] Duffield C, Gardner G, Chang AM, Catlins Paull C, Advanced nursing practice : a global perspective. Call and Call Nurs Aust 2009 ; 16-55-62.

[11] Rapport relatif aux métiers en santé de niveau intermédiaire . Disponible sur http://www.sante.gouv.fr/img/pdf/Rapport_relatif_aux_metiers_en_sante_de_niveau_intermediaire (consulté le 10.01.2015).

[12] Rapport Cordier. Disponible sur: http://social-santé.gouv.fr/IMG/pdf/rapport-cordier-SNS-sages-pdf. (consulté le 23. 09. 2014).

[13] Rapport Laurent Hénart relatif aux métiers en santé de niveau intermédiaire : Professionnels d'aujourd'hui et nouveaux métiers : des pistes pour avancer. Disponible sur : www.sante.gouv.fr/la-coopération-entre-les-professionnels-de-santé. (consulté le 23. 09. 2014).

[14] HAS. coopération entre professionnels de santé. Guide méthodologique tome 2. Elaboration d'un protocole de coopération. Article 51 de la loi HPST loi 2009-879 du 21 juillet 2009 Paris : HAS ;2009. Disponible sur: http://www.has-

sante.fr/portail/jcms/1240280/fr/protocole-de-cooperation-entre-professionnel-de-santé . (consulté le 23. 09. 2014).

[15] HAS. Protocole de coopération entre professionnels de santé : Paris : HAS ; 2012

[16] Master sciences cliniques infirmières. Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique (EHESP). Disponible sur : http://www.ehesp.fr/formation/formations-diplomantes/master-sciences-cliniques-infirmières. (consulté le 23. 09. 2014).

[17] SNIA. Disponible sur : http://www.snia.net/la-profession-diade.html. (consulté le 10.01.2015).

[18] « Recommandations concernant le rôle de l'IADE », SFAR 1ère édition Janvier 1995, Disponible sur: http://www.sfar.org/recommiade.html. (consulté le 23.09.2014)

[19] Référentiel en anesthesie-réanimation- Conseil National de l'Ordre des médecins. Disponible sur: www.conseil-national.medecin.fr . (consulté le 15.01.2015).

[20] Transfert de tâches, la position de l'OMS fait écho en France. Disponible sur : www.em-consulte.com/en/article/186560. (consulté le 10;01.2015).

[21] La coopération des professions de santé : le transfert de tâches et de compétences .Disponible sur : www.em-consulte.com . (consulté le 20.01.2015).

[22] ASIP-santé RPPS traitement DRESS 1er Janvier 2015.

[23] F. CLERGUE. «Les défis de demain du métier d'anesthésiste-Réanimateur». Division d'Anesthésiologie, Hôpital Cantonal Universitaire, Genève

[24] Données démographiques au 1er Janvier 2013.Syndicat National des Infirmiers Anesthésistes. Disponible sur : http://www.snia-net/donne donneacutes-deacutedemographiques.html (consulté le 23. 09. 2014).

[25] Magnon R, Lepesqueux M, Dechanoz G, «Dictionnaire des Soins Infirmiers», Paris, 1995, Editions Amiec recherche

[26] Arrêté du 30 Mars 2006, modifiant et complétant l'arrêté du 13 Décembre 2004 relatif à la coopération entre professionnels de santé.

[27] Décret n°94-2005 du 05 décembre 1994

[28] Collège Français des Anesthésistes Réanimateurs. Résultats de l'enquête démographique CFAR-SFAR-INED. Lettre de liaison au Collège Français des Anesthésistes Réanimateurs septembre 1999, numéro spécial : 1-4

[29] Recommandations concernant les relations entre anesthésistes-réanimateurs et chirurgiens, autres spécialités ou professionnels de santé. Disponible sur www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/anesth.pdf . (consulté le 30.05.2015).

[30] La sécurité anesthésique. Disponible sur www.sofia.medicalistes.org (consulté le 30.05.2015).

[31] Prévenir durablement les Troubles Musculo Squelettiques dans les établissements de santé. Disponible sur www.ars.haute-normandie.sante.fr/ARS-GuideTMS mai 2013.pdf . (consulté le 10.05.2015).

[32] URPS des Médecins Libéraux d'Aquitaine. Disponible sur http://urpsmla.org/article.php3?page=article&id article=925 (consulté le 10.05.2015).

[33] Magnon R, Lepesqueux M, Dechanoz G, « Dictionnaire des Soins Infirmiers », Paris, 1995, Editions Amiec recherche.

[34] Loi n°78-615 du 31 mai 1978.

[35] Décret n°2004-802 du 29 juillet 2004 du code de la santé publique régissant la profession d'infirmier .

[36] Colson P. Le facteur humain en chirurgie et réanimation. Le point de vue de l'anesthésiste réanimateur.

[37] Ferragut E, Colson P, eds. La dimension de la souffrance en chirurgie et réanimation. Paris : *Masson*, 1996 : 1-19

[38] Carr ECJ. Postoperative pain : patient's expectations and experiences. *Adv Nursing* 1990 ; 15:89-100

[39] Egbert LD, Battit GE, Welch CE, Bartlett DK, Reduction of postoperative pain by encouragement and instruction of patients. *N Engl J Med* 1964 ; 270 : 825-7

[40] Schmitt FE, Woolridge PJ. Psychological preparation of surgical patients. *Nursing Res* 1973 ; 22:108-16.

ANNEXES

ANNEXE 5

QUESTIONNAIRE A L'ATTENTION DES MEDECINS ANESTHESISTES

Ce questionnaire concerne mon travail de fin d'études sur :

« La place de l'IADE à la consultation pré anesthésie »

(Directeur de mémoire : Matthieu BOISSON, IADE : Dominique SERGENT)

Vos réponses à ce questionnaire seront traitées de façon anonyme. Elles contribueront à une meilleure connaissance de vos points de vue.

Merci de le remplir en cochant la case correspondant à votre réponse ou en répondant plus précisément à certaines questions.

Vos questionnaires remplis pourront être remis au secrétariat du DAR ou au secrétariat des consultations d'anesthésie ou dans des chemises prévues à cet effet au niveau des blocs .

Je vous remercie de votre implication.

Isabelle Abrard, élève infirmière anesthésiste 2013-2015

QUESTIONNAIRE :

1. Pensez-vous que les IADE aient une place à la consultation pré anesthésique ?

Oui □ Non □

Si oui : Avec le MAR □ Seul(e) □

2. Pour quelles raisons auraient-ils leur place ? (plusieurs réponses possibles).

Gain de temps médical □

Qualité de la prise en charge du patient à la consultation □

Meilleure organisation pour la consultation □

Disponibilité vis-à-vis du patient □ Education □ Information □ Ecoute □

Autre(s), préciser :

3. Pour quelles raisons n'auraient-ils pas leur place ? (plusieurs réponses possibles).

Action redondante avec le MAR □ Acte essentiellement médical □

Pas d'utilité pour le patient □ Présence d'une IDE (non spécialisée) suffisante □

4. Pensez-vous qu'une formation spécifique soit nécessaire pour les IADE si leur présence était envisagée aux consultations ?

Oui □ Non □

5. Dans l'hypothèse où l'IADE participerait à la consultation pré anesthésique, dans quels domaines pensez- vous qu'ils pourraient agir ?

Accueil □

Vérification de la présence dans le dossier : des examens complémentaires, des résultats de bilans et du questionnaire anesthésie rempli □

Recueil de données concernant : Antécédents médicaux □

Antécédents chirurgicaux □

Traitements □

Prise des paramètres (poids, taille, TA, FC, critères prédictifs de ventilation difficile et d'intubation difficile) □

Informations sur :

Les modalités concernant l'hospitalisation (les visites, le téléphone, l'hôtellerie …) □

Le jeun, la préparation pré opératoire (douche, tenue, prothèses, bijoux, prémédication…) □

Les différentes techniques d'anesthésie □

Le déroulement de l'intervention chirurgicale □

La surveillance □

Les complications □

La prise en charge de la douleur □

La transfusion □

Réponses aux questions du patient □

Mise en confiance du patient □

Disponibilité pour le patient □

Prise en charge des patients sans antécédents médicaux et chirurgicaux □

Autre(s), préciser :

6. Etes- vous :

Une femme □ Un homme □

7. Quelle est votre tranche d'âge ?

≤ 30 ans □ 31 à 35 ans □ 36 à 40 ans □ 41 à 45 ans □ 46 à 50 ans □

51 à 55 ans □ 56 à 60 ans □ 61 à 65 ans □

8. Quelle est votre ancienneté en anesthésie ?

0 à 5 ans □ 6 à 10 ans □ 11 à 15 ans □ 16 à 20 ans □ 21 à 25 ans □

26 à 30 ans □ 31 à 35 ans □ 36 à 40 ans □

9. Ou exercez- vous actuellement ?

Bloc opératoire □ % de votre temps de travail :

Salle de surveillance post interventionnelle □ % de votre temps de travail :

Consultation pré anesthésique □ % de votre temps de travail :

Recherche □ % de votre temps de travail :

Autre(s), préciser: % de votre temps de travail :

10. Ce lieu d'exercice est t' il :

Un choix □ Une obligation □

Autre(s), préciser :

Les résultats de cette étude seront disponibles sur simple demande. Je vous remercie pour votre participation.

ANNEXE 5

QUESTIONNAIRE A L'ATTENTION DES INFIRMIER(E)S ANESTHESISTES

Ce questionnaire concerne mon travail de fin d'études sur :

« La place de l'IADE à la consultation pré anesthésie »

(Directeur de mémoire : Matthieu BOISSON, IADE : Dominique SERGENT)

Vos réponses à ce questionnaire seront traitées de façon anonyme. Elles contribueront à une meilleure connaissance de vos points de vue.

Merci de le remplir en cochant la ou les cases correspondantes à votre réponse ou en répondant plus précisément à certaines questions.

Vos questionnaires remplis pourront être remis dans une chemise prévue à cet effet au niveau de votre salle de pause.

Je vous remercie de votre implication.

Isabelle Abrard, élève infirmière anesthésiste 2013-2015

QUESTIONNAIRE

1. Pensez-vous que les IADE aient une place à la consultation pré anesthésique ?

Oui □ Non □

Si oui : Avec le MAR □ Seul(e) □

2. Pour quelles raisons auraient-ils leur place ? (plusieurs réponses possibles).

Gain de temps médical □

Qualité de la prise en charge du patient à la consultation □

Meilleure organisation pour la consultation □

Disponibilité vis-à-vis du patient □ Education □ Information □ Ecoute □

Autre(s), préciser :

3. Pour quelles raisons n'auraient-ils pas leur place ? (plusieurs réponses possibles).

Action redondante avec le MAR □ Acte essentiellement médical □

Pas d'utilité pour le patient □ Présence d'une IDE (non spécialisée) suffisante □

Autre(s), préciser :

4. Pensez-vous qu'une formation spécifique soit nécessaire pour les IADE si leur présence était envisagée aux consultations ?

Oui □ Non □

5. Dans l'hypothèse où l'IADE participerait à la consultation pré anesthésique, dans quels domaines pensez- vous qu'ils pourraient agir ?

Accueil □

Vérification de la présence dans le dossier : des examens complémentaires, des résultats de bilans et du questionnaire anesthésie rempli □

Recueil de données concernant : Antécédents médicaux □

Antécédents chirurgicaux □

Traitements □

Prise des paramètres (poids, taille, TA, FC, critères prédictifs de ventilation difficile et d'intubation difficile) □

Informations sur :

Les modalités concernant l'hospitalisation (les visites, le téléphone, l'hôtellerie …) □

Le jeun, la préparation pré opératoire (douche, tenue, prothèses, bijoux, prémédication…) □

Les différentes techniques d'anesthésie □

Le déroulement de l'intervention chirurgicale □

La surveillance □

Les complications □

La prise en charge de la douleur □

La transfusion □

Réponses aux questions du patient □

Mise en confiance du patient □

Disponibilité pour le patient □

Prise en charge des patients sans antécédents médicaux et chirurgicaux □

Autre(s), préciser :

6. Etes- vous :

Une femme □ Un homme □

7. Quelle est votre tranche d'âge ?

≤ 30 ans □ 31 à 35 ans □ 36 à 40 ans □ 41 à 45 ans □ 46 à 50 ans □

51 à 55 ans □ 56 à 60 ans □ 61 à 65 ans □

8. Quelle est votre ancienneté en anesthésie ?

0 à 5 ans □ 6 à 10 ans □ 11 à 15 ans □ 16 à 20 ans □ 21 à 25 ans □

26 à 30 ans □ 31 à 35 ans □ 36 à 40 ans □

9. Ou exercez- vous actuellement ?

Bloc opératoire □ % de votre temps de travail :

Salle de surveillance post interventionnelle □ % de votre temps de travail :

Consultation pré anesthésique □ % de votre temps de travail :

Recherche □ % de votre temps de travail :

Autre(s), préciser: % de votre temps de travail :

10. Ce lieu d'exercice est t il :

Un choix □ Une obligation □

Autre(s), préciser :

Les résultats de cette étude seront disponibles sur simple demande. Je vous remercie pour votre participation.

ANNEXE 5

QUESTIONNAIRE INFIRMIER(E) DE CONSULTATION

Lieu de consultation :

1. Etes-vous ?

Une femme □ Un homme □

2. Quelle est votre tranche d'âge ?

≤ 30 ans □ 31 à 35 ans □ 36 à 40 ans □ 41 à 45 ans □

46 à 50 ans □ 51 à 55 ans □ 56 à 60 ans □ 61 à 65 ans □

3. Quelle est votre année de diplôme d'Etat d'Infirmièr(e) ?

4. Quelle est votre ancienneté aux consultations ?

0 à 2 ans □ 3 à 5 ans □ 6 à 8 ans □ 9 à 11 ans □ 12 à 14 ans □

5. Ce poste de consultation est :

Un choix □ Une obligation □

Autre(s), préciser :

6. Quels sont vos lieu(x) d'exercice(s) professionnels actuels ?

Consultation □ %

Service de médecine □ %

Service de chirurgie □ %

Service de cancérologie □ %

Réanimation □ %

Autres □

7. Quel est votre mode d'exercice aux consultations ?

Seul(e) □

En présence du médecin (consultation ensemble) □

En complémentarité avec le médecin (consultations médicale et infirmière menées séparemment) □

Réseau de soins □

Autre(s), préciser :

8. Avez-vous connaissance de la fiche de poste des consultations ?.

Oui □ Non □

9. Selon vous, les formations, diplômes, certificats vous semblent-ils nécessaires pour votre pratique aux consultations ?

Oui □ Non □

Si oui, lesquelles :

Autre(s), à préciser :

10. Quels sont les outils et supports que vous utilisez pour les consultations?

Dossiers de consultation □

Outils éducatifs □ (ex : plaquettes d'information sur le traitement médicamenteux…)

Outils d'évaluation □ (EVA, questionnaires...)

Protocoles □

Informatique et logiciel □

Autre(s), préciser :

11. Quels moyens avez-vous mis en œuvre pour améliorer la consultation ?

Plaquettes d'informations □ Récapitulatifs □

Questionnaires □

Autre(s), préciser :

13. Pour vous, quels sont les points positifs liés à votre présence aux consultations ?

Gain de temps médical □

Efficacité dans la prise en charge du patient □

Meilleure organisation pour la consultation □

Anticipation des problèmes liés au patient □

Qualité de la prise en charge □

Disponibilité vis-à-vis du patient □

Allégement du travail du médecin à la consultation □

Education □

Information □

Meilleur temps d'écoute □

Intérêt économique □

Satisfaction du patient □

Autre(s), préciser :

14. Quels sont les points négatifs ou à améliorer concernant la consultation ?

Charge de travail trop importante □

Manque de disponibilité pour le patient □

Aspect routinier □

Manque de collaboration avec le médecin □

Difficultés pour trouver sa place en tant qu'infirmière □

Manque de crédibilité de la part des patients □

Manque de soins techniques □

Autre(s), préciser :

15. Par quels mots définiriez-vous votre rôle aux consultations :

16. En plus des consultations, avez-vous un rôle concernant :

Gestion des commandes de matériel □

Gestion des réparations □

Matério-vigilance □

Gestion des commandes de pharmacie □

Encadrement □

Autre(s), préciser :

ANNEXE 4

Poitiers le

Isabelle ABRARD
Etudiante Infirmière Anesthésiste
promotion 2013/2015
CHU de Poitiers
Tél : 06 50 12 94 21
Mail : i.abrard@hotmail.fr

Cadre de santé

CHU de Poitiers

Madame,

Dans le cadre de mes études d'Infirmière anesthésiste et pour l'obtention de mon diplôme d'Etat, je réalise un travail de recherche sur **« La place de l'infirmière anesthésiste à la consultation pré- anesthésique ».**

Mon objectif dans un premier temps est d'effectuer un état des lieux des différentes consultations au CHU menées conjointement par le médecin et l'infirmière : quelle est l'organisation ?, le rôle de chaque acteur ?, les points positifs et négatifs de cette prise en charge en binôme.

Dans un deuxième temps, une comparaison sera faite avec la consultation pré-anesthésique menée uniquement par le médecin anesthésiste.

Cette étude comparative me permettra de savoir le bien- fondé ou non, de la présence d'une infirmière anesthésiste à cette consultation pré-anesthésique.

Pour ce faire, des observations au sein des consultations d'oncologie, de diabétologle, de chirurgie cardio thoracique et en anesthésie sont nécessaires.

Je sollicite votre accord pour les réaliser au cours de ces prochaines semaines dans votre service.

De plus, il m'est nécessaire de prendre connaissance des « fiches de poste infirmier » pour ces consultations afin de mieux appréhender le profil de ces infirmières de consultation.

Je vous remercie pour votre implication et reste à votre disposition pour d'éventuelles précisions.

Je vous prie de croire, Madame, à l'assurance de mes meilleurs sentiments.

ANNEXE 5

Isabelle ABRARD
Etudiante Infirmière Anesthésiste
promotion 2013/2015
CHU de Poitiers
Tél : 06 50 12 94 21
Mail : i.abrard@hotmail.fr

Poitiers le 20 Janvier 2015

Madame,

Dans le cadre de mes études d'Infirmière anesthésiste et pour l'obtention de mon diplôme d'Etat, je réalise un travail de recherche sur :

« La place de l'infirmière anesthésiste à la consultation pré anesthésique »

Mon objectif dans un premier temps est d'effectuer un état des lieux des différentes consultations au CHU par des observations. Pour cette raison, Je pourrais vous rencontrer lors de mes observations.

Dans un deuxième temps, je m'intéresse au parcours professionnel des infirmières de consultation par l'intermédiaire d'un questionnaire (ci-joint).

Vos réponses à ce questionnaire seront traitées de façon anonyme.

Merci de le remplir en cochant le ou les cases correspondantes à votre réponse ou en répondant plus précisément à certaines questions.

Vos questionnaires remplis pourront être renvoyés à l'école d'infirmiers anesthésistes par courrier interne à l'aide de l'enveloppe ci-joint.

Je vous remercie pour votre implication.

Isabelle Abrard

ANNEXE 3

GRILLE D'OBSERVATION CONSULTATION

Spécialité : **Date :**

Diabétologie □

Oncologie □ **Personnel :** Nombre médecins/j :

Chirurgie cardio thoracique □

Anesthésie □ Nombre secrétaires/j :

Autres : Nombre d'infirmières/J :

Lieu dédié : oui □ non □

Déroulement de la consultation :

Heure du début : Heure de fin :

Temps infirmier : Temps médical :

Ordre passage :

Consultation « temps infirmier » : n°1 ou n°2 « temps médical » : n°1 ou n°2

Accueil :

Dossier administratif □□

Vérification de l'identité □□

Prise de constantes : TA □□ FC □□ Pesée □□ T° □□ Glycémie □□

Autres □

Anamnèse □□

Atcd médicaux □□ Atcd chirugicaux □□

Traitement □□

Examens □□

Examen clinique □□

Education □□

Mises en pratiques □□

Brochures □□

Supports □□

Information □□

Autres :

Logistique

Gestion du matériel :

Gestion des commandes □□

Gestion des réparations □□

Matério-vigilance □□

Gestion de la pharmacie :

Gestion des commandes □□

Formations :

Encadrement :

Autres :

Ecole Régionale d'Infirmier(e)s Anesthésistes Diplômé(e)s d'Etat

UE 7 - MEMOIRE PROFESSIONNEL
En vue de l'obtention du diplôme d'Etat d'infirmier anesthésiste
2013-2015

LA PLACE DE L'INFIRMIERE ANESTHESISTE DIPLOMEE D'ETAT A LA CONSULTATION D'ANESTHESIE AU CHU DE POITIERS

La consultation d'anesthésie (CA) imposée par le décret 94-1050 du 05 décembre 1994 fait partie intégrante du concept de sécurité anesthésique et représente un temps essentiel dans la prise en charge pré opératoire.

Aux Etats unis et dans d'autres pays étrangers, suite à une pénurie médicale, les gouvernements ont depuis longtemps crée un cadre légal pour la mise en place de pratiques avancées.

En France, l'intrication des compétences entre MAR et IADE rend ce transfert de tâches difficile et délicat, d'autant plus que la CA est, et doit rester un acte médical.

Le principal objectif de cette étude a été de savoir s'il existe une place pour l'IADE à la CA au CHU de Poitiers au même titre qu'il existe une place pour l'infirmière clinicienne à la consultation spécialisée. La présence de l'IADE à la CA serait-elle un atout ?

Il s'agit d'une étude prospective, observationnelle et comparative réalisée de décembre 2014 à avril 2015, à l'aide d'observations sur quatre sites de consultations du CHU de Poitiers (oncologie, diabétologie, chirurgie cardio thoracique, anesthésie) et de questionnaires auprès des MAR, IADE, et infirmières des consultations.

Dans cette étude, il a été mis en évidence que MAR et IADE, majoritairement, ne souhaitent pas la présence d'une IADE à la CA ; Les principales raisons de cette objection sont : le caractère purement médical et la redondance d'informations. Néanmoins, dans l'éventualité de la présence de l'IADE à la CA, son rôle consisterait à une approche « plus relationnelle » du patient laissant aux MAR une prise en charge plus « technique ». Une formation spécifique est estimée indispensable par ces deux acteurs ce qui corrobore avec la formation spécifique dont bénéficient une grande majorité des infirmières cliniciennes des consultations observées.

Ce travail met en évidence la nécessité de changer nos représentations collectives sur notre profession, de travailler sur la synergie et la complémentarité avec le MAR, de définir les axes de coopérations entre médicaux et paramédicaux et aux pouvoirs publics de mettre en œuvre les conditions juridiques, économiques et de formation, indispensables à l'application de ces partages de tâches.

Mots clés : Consultation d'anesthésie, pratiques avancées, sécurité, collaboration, synergie, législation.

Auteur : Isabelle ABRARD-MITTAULT

Directeur de mémoire : Docteur Matthieu BOISSON

Ecole Régionale d'Infirmier(e)s Anesthésistes Diplômé(e)s d'Etat

PROFESSIONAL DISSERTATION
To obtain the National Diploma in Anaesthetic Nursing
2013-2015

THE PLACE OF THE ANAESTHETIC NURSE IN THE ANAESTHESIA CONSULTATION IN POITIERS UNIVERSITY HOSPITAL

The anaesthesia consultation imposed by the decree 94-1050 of the 5th December 1994 is an integrate part of anaesthesia security and represent an essential moment in pre operative care.

In the United States and another foreign countries, following a shortage in medical human resources, governments created a legal framework in order to set up advanced practices. In France, the overlapping of the roles of the anaesthestic doctor and anaesthetic nurse makes tasksharing difficult and sensitive in as much as the anaesthetist consultation is and must remain a medical act.

The main objective of the study was to find out if there is a place for the anaesthetic nurse during the anaesthetist consultation in Poitiers University Hospital, just as there is for the clinical nurse with a specialist consultant, and as an important asset or not.

A descriptive, prospective, observational and comparative study was carried out from December 2014 to April 2015 with observations made of four out-patient departments (oncology, diabetology, cardio thoracic surgery, anaesthesia) and questionnaires were given to anaesthetic nurses, anaesthetic doctors and out-patients nurses.

This study identified that anaesthetic doctors and mainly anaesthetic nurses did not wish for the presence of an anaesthetic nurse during the consultation. The main reasons for this were for purely medical purposes and redundant information.

Nevertheless, in the event of an anaesthetic nurse being present during the consultation, his or her role would be relational in comparison to the medical role of the anaesthetic doctor.

Specialized training is considered essential by both doctors and nurses, similar to the training given to clinical nurses and other specialist consultants.

The study highlighted the need to change collective representations of the profession of the anaesthetic nurse, to work on the surgery and complementarity with anaesthetic doctors and to define a cooperative approach between medical and paramedical professionals.

Government too should not only look at legal and financial conditions but also at training; conditions essential for task sharing.

Keywords : Anaesthesia consultation, advanced practice, security, collaboration, synergy, legislation

Author : Isabelle ABRARD-MITTAULT

Supervisor : Doctor Matthieu BOISSON