Syndicat National des Infirmiers Anesthésistes

BULLETIN D'INFORMATION

N° 184

Novembre 2009

SOMMAIRE **Pages**

- *Édito* 1
- *Check list – sécurité du patient au bloc opératoire* 2
- *Anesthésie en chirurgie cervico-faciale et ORL de l'adulte* 5
- *Révolution technologique dans la pression invasive – Smiths Medical* 9
- *Anesthésie pédiatrique et chirurgie ORL* 11
- *Loi HPST* 15
- *Décret n° 2009-957* 17
- *Rapport provisoire de l'IGAS* 19
- *Assurance et Conseil National de l'ordre* 21
- *Actualités* 23
- *Accident du travail – processus de déclaration* 29
- *Au journal officiel* 30
- *Offres d'emploi* 33
- *Annonces congrès* 34
- *Grilles de salaires de la F.P.H.* 35

ANNONCEURS

Smiths Medical

JEPU

IFNA

Le 31 janvier 2008, la DHOS initiait la ré-ingéniérie du diplôme d'infirmier anesthésiste, dans l'objectif de se mettre en conformité avec la loi de modernisation sociale de 2002, instaurant une nouvelle voie d'accès à tous les diplômes et toutes les certifications, par la VAE (validation des acquis de l'expérience). Déjà en 2005, dans le cadre des accords de Bologne et pour pallier à un problème démographique des professions de santé, les ministères de la santé et de l'enseignement supérieur de l'époque avaient vu l'opportunité de faire évoluer certaines professions de santé. Ce qui devait permettre de créer des niveaux universitaires de formation qui soient entre le « bac + 3 » des auxiliaires médicaux et le « bac + 12 » des professions médicales. Évidemment, l'occasion était rêvée pour les IADE de faire reconnaître leur spécialité à un niveau Master, avec leur formation supplémentaire de 24 mois, leur expérience professionnelle obligatoire et l'autonomie de travail dans leur exercice quotidien.
Lorsqu'il a débuté le travail de ré-ingéniérie, le SNIA, misant sur l'exclusivité d'exercice pour limiter l'accès du diplôme par la VAE, comptait bien pouvoir faire état du « travail réel » des infirmiers anesthésistes en France, grâce au travail fait en amont avec le CEEIADE (bulletin 177) et ainsi profiter de l'occasion de faire évoluer la profession et surtout la reconnaissance de ce qui est la pratique quotidienne des infirmiers anesthésistes.
Ceci fut très vite limité par les médecins anesthésistes d'une part, puis par la DHOS elle-même qui devait rappeler que la rédaction des travaux s'opérait « à cadre réglementaire constant ».
Avec cette méthode, on arrive aujourd'hui au point de départ, c'est-à-dire que pour faire évoluer une profession, il faut en faire bouger le cadre réglementaire.

La DHOS vient d'annoncer l'arrêt temporaire des travaux relatifs à la ré-ingéniérie du DEIA et nous demande de réfléchir sur : les pratiques avancées, le périmètre d'exercice et les activités nouvelles pour les IADE dans le cadre des coopérations entre les professionnels de santé prévues par la loi HPST.

La SFAR, par l'intermédiaire de ses représentants a déjà indiqué que les pratiques avancées et le transfert de compétences à l'IADE ne sont pas à discuter et donc hors propos.

Évidemment, puisqu'elle sont de fait depuis plus de 50 ans.

Le prochain président de la SFAR sera certainement issu du secteur privé à but lucratif, secteur où les périmètres d'exercice des professionnels sont les plus mal définis !

Le futur référentiel de compétences a donc largement matière à se développer …

Bonne fin d'année à tous
M-A SAGET

Bulletin tiré au duplicateur au siège du SNIA

CHECK LIST « SECURITE DU PATIENT AU BLOC OPERATOIRE »

Dans le *bulletin d'avril* nous avions présenté la synthèse du document de l'OMS concernant l'élaboration par chaque pays d'une check list et dans *la lettre de l'été* nous en faisions une brève présentation. La check list s'impose aux hôpitaux puisqu'elle figure dans les mentions obligatoires du référentiel d'accréditation.
En France, 6,5 million d'interventions chirurgicales sont réalisées chaque année dans près de 8 000 blocs opératoires. On estime que 60 000 à 95 000 événements indésirables graves surviennent chaque année dans la période opératoire dont la moitié seraient évitables.
A l'initiative de l'HAS, des représentants des professionnels travaillant au bloc opératoire (le ***SNIA*** pour les ***IADE***) ont adapté une check list proposée par l'OMS déjà en vigueur dans plusieurs pays.

La finalité

C'est le partage de l'information et les vérifications croisées
Cibles opérationnelles :

- opérer le bon patient au bon endroit
- améliorer la sécurité interventionnelle et anesthésique
- diminuer le risque infectieux postopératoire
- développer le travail en équipe et la coordination interprofessionnelle.

Les étapes *(voir le mode d'emploi et la check list ci-joints)*

- Avant l'induction anesthésique :
- Avant l'intervention chirurgicale
- Après l'intervention chirurgicale

L'objectif global

- La check list s'inscrit dans les évolutions organisationnelles et comportementales mentionnées dans le projet d'établissement visant à promouvoir ***la culture de sécurité au bloc opératoire.***
- Le mode d'action repose sur le partage des informations au sein de l'équipe et les vérifications croisées à chaque étape de l'intervention chirurgicale et fournir aux équipes travaillant au bloc opératoire, un outil simple et efficace de contrôles prioritaires à effectuer systématiquement pour améliorer le travail d'équipe, la communication interprofessionnelle et favoriser une considération active de la sécurité des patients à chaque étape de l'intervention.
- Les étapes figurant sur cette Check-list sont appliquées dans le monde entier.
- Ces informations sont définies sur la base de recommandations scientifiques et professionnelles comme étant les étapes clefs de toute intervention chirurgicale.
- La check list à deux buts : garantir en permanence la sécurité des patients et introduire (ou maintenir) une culture et des valeurs qui permettent d'y arriver.

Modalités de réalisation

- implication du management de l'établissement
- engagement des équipes chirurgicales et anesthésiques
- participation active des personnels soignants

Eléments du succès

- leadership indispensable : repose sur la conviction de l'utilité de l'outil
- l'engagement pérenne des professionnels du bloc opératoire
- mise en œuvre au quotidien *(le renseignement prend 2 minutes.)*

Modalité de réalisation

Le coordinateur est le plus souvent un personnel infirmier chargé de renseigner les items de la check list en coordination avec le chirurgien et l'anesthésiste ou le personnel qualifié en chirurgie ou en anesthésie réalisant les actes (pouvant être ***l'IADE***).

Développement

La Check list « Sécurité du patient au bloc opératoire » HAS Version 01-2010 ***n'est pas modifiable***. Elle peut donner lieu à des développements souhaités par les professionnels dans le cadre de leurs Collèges professionnels ou organismes agréés d'accréditation.

Le manuel de certification

Dans le chapitre 2 : Prise en charge du patient – partie ' prises en charge spécifiques – référence 26 – fonctionnement des secteurs d'activité interventionnelle les éléments de la check list sont retenus pour accorder la certification de l'établissement

Critère 26.a - Organisation du bloc opératoire

Le bloc opératoire constitue du fait de sa complexité organisationnelle, un secteur à risque pour le patient, justifiant la mise en place dune gestion des risques garantissant la sécurité des actes.

*L'objectif est de réunir au moment voulu : le patient préparé, informé et ayant donné son consentement, accompagné de son dossier complet, l'équipe opératoire (anesthésiste, chirurgien, **IADE**, IBODE), les équipements de la salle d'opération en état de fonctionnement, du matériel chirurgical et anesthésique adapté et stérilisé dans le respect des normes.*

L'organisation coordonnée est formalisée en concertation entre les professionnels des différents secteurs d'activité.

*Afin de rendre l'intervention plus sure et de réduire l'occurrence des événements indésirables évitables, l'organisation du bloc opératoire doit **prévoir la mise en place d'outils ayant fait la preuve de leur efficacité, tels que la check-list de l'OMS sur la sécurité chirurgicale**.*

***La mise en œuvre de la check list sécurité chirurgicale doit être systématique**, adaptée au contexte local et aux préconisations des organismes agréés d'accréditation. Les vérifications concernant trois temps. (voir la check list jointe)*

Ces vérifications systématiquement croisées (double regard) sont sous la responsabilité d'un membre identifié de l'équipe opératoire : tout écart au regard de ces objectifs doit être résolu avant la poursuite de la procédure.

Conclusion

La check list cesse d'être une pratique locale et volontaire, elle devient une obligation entrant dans la procédure d'accréditation des établissements. Son archivage soit au niveau du bloc opératoire soit dans le dossier du patient doit permettre de la présenter au visiteur de l'HAS.

Informations : site de l'HAS

Identification du patient
Etiquette du patient ou
Nom, prénom, date de naissance

CHECK-LIST
« SÉCURITÉ DU PATIENT AU BLOC OPÉRATOIRE »

Version 2010 - 01

Salle : _____

Date d'intervention : _____ Heure (début) : _____

Chirurgien « intervenant » : _____

Anesthésiste « intervenant » : _____

Coordonnateur check-list : _____

AVANT INDUCTION ANESTHÉSIQUE
Temps de pause avant anesthésie

1 Identité du patient :
- le patient a décliné son nom, sinon, *par défaut*, autre moyen de vérification de son identité — ❑ Oui ❑ Non

2 L'intervention et site opératoire sont confirmés :
- *idéalement* par le patient et dans tous les cas, par le dossier ou procédure spécifique — ❑ Oui ❑ Non
- la documentation clinique et para clinique nécessaire est disponible en salle — ❑ Oui ❑ Non

3 Le mode d'installation est connu de l'équipe en salle, cohérent avec le site/intervention et non dangereuse pour le patient — ❑ Oui ❑ N/A

4 Le matériel nécessaire pour l'intervention est vérifié :
- pour la partie chirurgicale — ❑ Oui ❑ Non
- pour la partie anesthésique — ❑ Oui ❑ Non

5 Vérification croisée par l'équipe de points critiques et des mesures adéquates à prendre :
- allergie du patient — ❑ Oui ❑ Non
- risque d'inhalation, de difficulté d'intubation ou de ventilation au masque — ❑ Oui ❑ Non
- risque de saignement important — ❑ Oui ❑ Non

AVANT INTERVENTION CHIRURGICALE
Temps de pause avant incision

6 Vérification « *ultime* » croisée au sein de l'équipe
- identité patient correcte — ❑ Oui ❑ Non
- intervention prévue confirmée — ❑ Oui ❑ Non
- site opératoire correct — ❑ Oui ❑ Non
- installation correcte — ❑ Oui ❑ Non
- documents nécessaires disponibles — ❑ Oui ❑ N/A

7 Partage des informations essentielles dans l'équipe sur des éléments à risque / points critiques de l'intervention
- sur le plan chirurgical (temps opératoire difficile, points spécifiques de l'intervention, etc.) — ❑ Oui ❑ Non
- sur le plan anesthésique (risques potentiels liés au terrain ou à des traitements éventuellement maintenus) — ❑ Oui ❑ Non

8 Antibioprophylaxie effectuée — ❑ Oui ❑ Non ❑ N/R

HAS
HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

APRÈS INTERVENTION
Pause avant sortie de salle d'opération

9 Confirmation orale par le personnel auprès de l'équipe :
- de l'intervention enregistrée, — ❑ Oui ❑ Non
- du compte final correct des compresses, aiguilles, instruments, etc. — ❑ Oui ❑ N/A
- de l'étiquetage des prélèvements, pièces opératoires, etc. — ❑ Oui ❑ N/A
- du signalement de dysfonctionnements matériels et des événements indésirables — ❑ Oui ❑ Non

10 Les prescriptions pour les suites opératoires immédiates sont faites de manière conjointe — ❑ Oui ❑ Non ❑ N/R

En cas d'écart avec la check-list, préciser la décision choisie

Abréviations utilisées :
C/L : Check-list - N/A : Non Applicable - N/R : Non Recommandé

Cette check-list n'est pas modifiable, mais peut faire l'objet de développements spécifiques complémentaires

Adaptée de la Check-list de l'Organisation Mondiale de la Santé « WHO Surgical Safety Checklist », http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/en, © World Health Organization 2008

CHECK-LIST « SÉCURITÉ DU PATIENT AU BLOC OPÉRATOIRE » Version 2010 - 01

Mode d'emploi

Le coordonnateur check-list est celui qui vérifie les items de la C/L - le plus souvent un personnel infirmier, en coordination avec le chirurgien et l'anesthésiste responsables de l'intervention ou le cas échéant, avec le professionnel qualifié en chirurgie ou anesthésie auquel a été délégué un temps opératoire.

AVANT INDUCTION ANESTHÉSIQUE

En présence au moins de l'équipe anesthésique et infirmière et si possible, avec l'équipe chirurgicale

1. Les professionnels insistent sur l'importance de faire décliner par le patient, son identité.
   Pour les patients incapables de décliner leur identité, la vérification est effectuée par le personnel en salle selon la procédure en vigueur dans l'établissement (bracelet, concordance des informations, etc.).

2. L'intervention et le site opératoire sont confirmés idéalement par le patient et dans tous les cas, à travers le dossier ou toute autre procédure en vigueur dans l'établissement (réunion de staff, fiches navettes, etc.) ou recommandée par les collèges professionnels de la spécialité (marquage, etc.).

3. L'équipe qui reçoit le patient en salle, dispose des informations précisant la nature de l'intervention prévue et les modalités d'installation du patient et vérifie le choix adapté du plateau et la disponibilité des accessoires, etc.

4. Le personnel qualifié vérifie la disponibilité et le bon fonctionnement des instruments, appareils, dispositifs médicaux nécessaires pour l'intervention.
   Les procédures de vérification de sécurité anesthésique sont effectuées selon la réglementation par les personnels qualifiés en anesthésie.

5. L'équipe anesthésique et infirmière communique sur certains points critiques et les mesures à adopter ; ainsi les anesthésistes s'assurent notamment :
   - en cas de risque d'inhalation / difficulté d'intubation / ventilation au masque, de la confirmation de la disponibilité de l'équipement et de l'assistance prévue ;
   - en cas de risque de saignement important (évalué à plus de 500ml ou 7ml/kg en pédiatrie), de la disponibilité des documents (carte de groupage, RAI, etc.).

AVANT INTERVENTION CHIRURGICALE

En présence de l'équipe chirurgicale, anesthésique et infirmière

6. Ces vérifications croisées de l'identité, de l'intervention prévue et du site opératoire peuvent sembler répétitives, mais elles sont indispensables pour améliorer la sécurité du patient au bloc opératoire ; ce sont les vérifications ultimes avant le début de l'intervention chirurgicale.
   Le chirurgien vérifie également que l'installation du patient est cohérente avec le site / intervention chirurgicale et ne présente pas de danger pour le patient.
   Il convient de vérifier également au plus tard à ce moment de la procédure, la disponibilité en salle des documents cliniques et para-cliniques nécessaires, notamment d'imagerie.

7. Il est également crucial de communiquer au sein des équipes chirurgicale, anesthésiste et infirmière, sur les informations essentielles afin d'anticiper les éléments à risque, notamment :
   - sur le plan chirurgical : pour informer tous les membres de l'équipe des étapes qui peuvent exposer le patient à un risque d'hémorragie importante, de traumatisme ou d'autres causes de morbidité majeure. C'est également l'occasion de revoir les étapes qui peuvent nécessiter un équipement spécial, des implants ou des préparations particulières ;
   - sur le plan anesthésique : pour communiquer, si besoin, sur les co-morbidités ou traitements en cours (AAP, anticoagulants, antihypertenseurs, antidiabétiques, etc.) ;
   - sur le plan infirmier : le personnel doit confirmer qu'il n'y a pas de problème particulier avec le matériel nécessaire à l'intervention (plaque de bistouri, aspiration, colonne vidéo, DM).

8. Le coordinateur Check-list vérifie que l'antibioprophylaxie si elle est indiquée, a bien été effectuée dans les 60 mn précédant le début de l'intervention chirurgicale.

APRÈS INTERVENTION

En présence de l'équipe chirurgicale, anesthésique et infirmière

9. Le personnel infirmier confirme oralement avec l'équipe, le type de l'intervention enregistrée, le décompte correct des compresses, instruments et aiguilles ainsi que l'étiquetage des pièces opératoires et prélèvements. Le coordonnateur doit veiller à ce que tout problème d'équipement survenant pendant une intervention soit identifié par l'équipe.

10. Le chirurgien, l'anesthésiste et l'infirmier examinent et transmettent les principales préoccupations relatives au réveil et à la prise en charge post-opératoire du patient (notamment, la prévention thromboembolique).

    En cas d'écart avec la check-list, préciser la décision choisie et, en particulier, si la procédure chirurgicale a du être interrompue ou si une procédure alternative a été adoptée.

    La check-list pourra être archivée selon la procédure d'évaluation en vigueur dans l'établissement, soit dans le dossier patient, soit au bloc opératoire.

La Check-list « Sécurité du patient au bloc opératoire » HAS Version 01-2010 comporte les éléments indispensables à vérifier au bloc opératoire avant toute intervention chirurgicale et en ce sens, n'est pas modifiable ; en revanche, elle peut donner lieu à tous développements souhaités par les professionnels dans le cadre de leurs Collèges Professionnels / organismes agréés d'accréditation.

HAS
HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

ANESTHESIE EN CHIRURGIE CERVICO-FACIALE ET ORL DE L'ADULTE

DOCTEUR JACQUES BERTRAND-DELIGNE

Service d'Anesthésie Réanimation du professeur SAFRAN,
Hôpital Européen Georges Pompidou – APHP - 20 rue Leblanc – 75015 Paris- France.

Il est classique de dire que l'anesthésie en ORL pose essentiellement la question de la gestion de la liberté des voies aériennes supérieures (LVAS) et du terrain. En fait, l'anesthésie dans cette spécialité expose à des difficultés différentes selon qu'il s'agit d'une chirurgie otologique, rhinologique ou cervico-faciale. En effet, dans certains cas, l'acte réalisé est celui d'une chirurgie fonctionnelle de courte durée, chez un patient en bon état général. Certaines de ces interventions peuvent même bénéficier de procédures ambulatoires. Dans d'autres cas, la préoccupation centrale est celle de l'intubation difficile ou du partage de l'espace pharyngo-laryngo-trachéal avec l'équipe chirurgicale. Ailleurs encore, on demande au protocole d'anesthésie de contribuer au contrôle du saignement dans le champ opératoire. La surveillance du débit cardiaque et de ses paramètres à l'aide d'une sonde endo-oesophagienne d'écho-dopler est utile. Parfois, il ne faut pas utiliser de curare pour ne pas empêcher le monitoring électro-myographique chirurgical des nerfs moteurs (spinal, récurrent, facial). Quant à la chirurgie carcinologique majeure, elle impose de tenir compte de la co-morbidité du patient, de la longueur des interventions, de la douleur et des possibles complications immédiates, de la nécessité d'une reprise rapide de l'autonomie respiratoire lors de la phase de réveil. Enfin, certaines interventions sont réalisées avec l'assistance d'un robot opérateur. La complexité de l'installation, et la sécurité de la LVAS, en sont les préoccupations essentielles pour l'équipe d'anesthésie.

LA CHIRURGIE FONCTIONNELLE DE COURTE DUREE

C'est à priori un acte chirurgical de moins d'une heure, chez des patients en bon état général, leurs permettant une reprise rapide et complète de leur autonomie, autorisant dans certains cas, le retour du patient à domicile, dans le cadre d'une procédure ambulatoire [14]. C'est ainsi pour les adénoïdectomies, les myringotomies, les réductions des fractures des os propres du nez. Dans l'idéal, il convient de réaliser une anesthésie générale de type narco-analgésie sans curare [19]. La LVAS est assurée par une intubation trachéale ou un masque laryngé.

LA GESTION DE LA LIBERTE DES VOIES AERIENNES SUPERIEURES

C'est une préoccupation essentielle au cours de l'anesthésie en ORL. Des options particulières, pré, per, et post opératoires sont motivées par cette nécessité. Elles justifient savoir-faire, mais nécessite également une excellente coopération au sein de l'équipe médico-chirurgicale. Les situations d'intubation difficile sont fréquemment rencontrées en chirurgie ORL (10% des cas) [11].

1. L'amygdalectomie : actuellement, l'intubation trachéale ne se discute plus. Il est parfois utile de se servir d'une sonde armée lorsqu'un écarteur de Boyle-Davis® est utilisé. Dans les autres cas, on peut utiliser une sonde préformée orale. Quelques équipes utilisent le masque laryngé [21]. Quelque soit le protocole d'anesthésie utilisé (intra veineux ou par inhalation) [20], la concentration au site effet doit être importante pour inhiber la réactivité des VAS. L'utilisation de morphiniques neutralise la réponse catécholaminergique à la stimulation oro-pharyngée.
Une antibioprophylaxie per opératoire [4][16] associant amoxicilline et acide clavulinique est ***souhaitable***. La douleur post opératoire nécessite la prescription de morphine au cours des 48 premières heures. La reprise chirurgicale pour hémorragie post opératoire, réalise une situation d'intubation difficile.

2. L'uvulo-pharyngo-plastie (UPP) : certains patients sont opérés d'UPP pour ronflement, et sont parfois atteints d'un syndrome d'apnée du sommeil (SAS). Le réveil est assuré par une surveillance prolongée en salle de surveillance post interventionelle (SSPI). L'utilisation pour l'anesthésie générale de propofol, de sévorane ou de desflurane, et de rémifentanil, permet un réveil rapide, sans dépression respiratoire résiduelle.
Ces patients sont parfois atteints d'une obésité morbide, qui peut rendre la ventilation au masque et l'intubation trachéale difficile. L'utilisation d'un Fast-Track® peut résoudre une situation préoccupante [9][11][12].

3. La rhino-septoplastie : on utilise une sonde d'intubation trachéale préformée orale. Elle est fixée en position médiane, sur le menton.

La mise en place d'un packing oro-pharyngé limite le risque d'inhalation de sang s'écoulant du cavum. On réalise la même antibioprophylaxie que pour l'amygdalectomie.
Il est très important d'expliquer au patient, avant de débuter l'anesthésie, la nécessité de respirer par la bouche après l'extubation, lors de la phase précoce du réveil, car les fosses nasales sont obstruées par du matériel chirurgical. Un plâtre naso-frontal de contention peut-être réalisé. Les yeux doivent être bien protégés et rincés au sérum physiologique pour éviter toute irritation de la cornée par des déchets de plâtre.

4. Les extractions dentaires et la chirurgie maxillo-faciale : certaines affections dentaires ou maxillaires peuvent entraîner un trismus. En cas d'ouverture de la bouche inférieure à deux centimètres, l'intubation naso-trachéale à l'aide d'un fibroscope souple doit être discuté, c'est la sécurité maximale. Cependant, bien souvent, une anesthésie générale profonde associée à une curarisation, lèvent l'hypertonie des muscles ptérygoïdiens, et permettent la laryngoscopie. Beaucoup d'opérateurs préfèrent que l'on intube à l'aide d'une sonde préformée nasale, ce qui libère tout le champ opératoire. Dans certaines chirurgies maxillo-faciales, la mandibule est bloquée à l'aide d'un fil d'acier pour plusieurs jours. Une trachéotomie de sécurité doit être discutée.

5. Les endoscopies à visée thérapeutique_: il s'agit souvent de chirurgie fonctionnelle [15] des cordes vocales. L'intubation ne présente pas de difficulté particulière, mais ***nécessite*** néanmoins un haut niveau d'exigence pour éviter toute complication iatrogène lors de la laryngoscopie ou de l'intubation. Ces gestes doivent être parfaits. Un examen en apnée sans sonde d'intubation est souvent demandé par l'opérateur. La jet ventilation à haute fréquence (JVHF) peut être utile. Elle est réalisée soit à l'aide d'un cathéter trans-glottique mis en place à travers le laryngoscope en suspension, soit pour certains, à travers un abord intercrico-thyroïdien [17].
La tendance actuelle pour les endoscopies ORL, est de réaliser une anesthésie générale par voie intra veineuse, associant du propofol et du rémifentanil. Des modules d'anesthésie à objectif de concentration plasmatique (AIVOC), ou mieux encore au site effet, permettent de réaliser des protocoles sur mesure. Quant à l'antibioprophylaxie, elle n'est généralement pas nécessaire [4].

6. Les endoscopies à visée diagnostique : il s'agit souvent de patients atteints de cancer des VADS. C'est lors de la première endoscopie, avant tout traitement, que les situations d'intubation difficile sont les plus souvent rencontrées [1][3][5][18]. La difficulté est différente lors des contrôles ultérieurs, soit parce qu'on peut alors établir une stratégie adaptée en connaissance de cause, soit parce que les traitements entrepris ont modifié la tumeur, et l'intubation devient plus facile, soit parce que les séquelles de la chirurgie ou de la radiothérapie la rendent prévisionellement plus difficile. Par ailleurs, dans ces situations, l'anesthésie devient plus périlleuse soit du fait de l'état général du patient (affection cardio-vasculaire et pulmonaire), soit du fait des conséquences générales des traitements entrepris ou de l'évolution de la maladie cancéreuse.

7*. Les* endoscopies avec laser CO_2 [15]: une protection des VAS permet d'éviter la combustion de l'oxygène intra-trachéal, allumée par le faisceau laser. Pour limiter ce risque grave, la fraction inspirée d'oxygène ne doit pas dépasser 40% du mélange gazeux, et l'intubation trachéale doit être réalisée à l'aide de sondes « *laser résistantes* » . Les sondes de Mallinkrodt® à deux ballonnets gonflés chacun avec 5 ml de sérum physiologique, répondent le mieux à ces exigences.

8. Les problèmes spécifiques à la chirurgie ***carcinologique lourde*** [2]_: nous avons déjà vu la fréquence des situations d'intubation difficile rencontrées dans ce domaine. Une trachéotomie est souvent réalisée pendant l'intervention. Pour ce faire, une extubation du patient sous les champs opératoires est réalisée. Une hyper oxygénation préalable permet un temps d'apnée allongé. L'anesthésie doit tenir compte du mauvais état général du patient, et une hépatopathie fait contre-indiquer l'utilisation des halogénés.
De même, une anémie ou une thrombopénie, dues à un état carentiel ou aux conséquences de la chimiothérapie, sont à prendre en charge. Une neutropénie induite par le traitement anti-néoplasique doit faire repousser l'acte chirurgical. L'antibioprophylaxie, dirigée contre les cocci gram+ et les germes anaérobies, est débutée trente minutes avant la première ouverture de muqueuse, de façon à obtenir la meilleure concentration tissulaire possible d'antibiotique au niveau du site chirurgical. Les réinjections durant l'acte se font toutes les deux heures. La prolongation post opératoire de l'antibiothérapie reste sujette à discussion [4][16].
En fin d'anesthésie, le réveil doit être rapide, restituant au patient son autonomie. Il doit être calme, coopérant, sans altération résiduelle de la conscience. Il ne doit pas y avoir de dépression respiratoire, d'hypotonie musculaire, d'incoordination laryngée, ni de curarisation résiduelle. La douleur doit être neutralisée [13], la pression artérielle et le saignement contrôlés. Le patient doit pouvoir lutter contre l'encombrement

bronchique lié au terrain ou aux inhalations passives sur canule de trachéotomie.
Enfin, il faut connaître les complications possibles des évidements ganglionnaires cervicaux : les sections des nerfs phréniques et leurs conséquences respiratoires, les atteintes des dômes pleuraux avec constitution d'épanchements aériques ou sanguins, les plaies du canal thoracique à gauche ou de la grande veine azygos à droite, les atteintes des nerfs spinaux, enfin l'altération de la balance sympathique/para-sympathique, pouvant expliquer certains cas de mort subite dans les premiers jours post opératoires.

9. La chirurgie assistée par robot opérateur : c'est une technique qui se développe actuellement. L'installation complexe et la pléthore de matériel rendent difficile la circulation dans la salle d'opération ainsi que l'accès à la tête du patient. La sécurité des VAS doit encore être plus rigoureuse.

10. Le contrôle du saignement per-opératoire [6] : la mise en œuvre d'un protocole d'anesthésie générale permettant de limiter au mieux le saignement dans le champ opératoire, est fréquemment demandé par les chirurgiens dans les actes chirurgicaux des sinus et des oreilles. On peut agir en diminuant le retour veineux (position proclive), en diminuant les résistances périphériques (effet alpha moins), ou en diminuant le débit cardiaque par une action sur la pompe (effet chronotrope négatif et inotrope négatif). Le guidage de cette réanimation cardio-vasculaire peut faire appel aux techniques de mesure du débit cardiaque et de ses composantes par écho-dopler trans-oesophagien.
La prémédication de la veille et du matin aide à neutraliser la réaction adrénergique d'une mauvaise nuit de sommeil et du stress pré-opératoire. L'isoflurane remplit assez bien le cahier des charges décrit ci-dessus, et il est de plus cardio-protecteur. Cependant, il induit parfois une tachycardie réactionnelle délétère. L'association propofol/rémifentanil a quant à lui l'avantage de répondre à tous les critères exigés, de bloquer la réaction adrénergique et de ne pas provoquer ainsi de réaction tachyphylaxique. Enfin, ce protocole est très rapidement réversible au réveil, et il ne provoque jamais de nausée ou de vomissement post-opératoire qui pourraient favoriser les saignements post-opératoires.

11. Les intubations difficiles [1][3][5][6][8][11][18]: nous l'avons vu, c'est une situation fréquemment rencontrée en ORL. Une intubation est définie comme difficile [18], lorsqu'elle nécessite plus de dix minutes et/ou plus de deux laryngoscopies dans la position modifiée de Jackson [3], avec ou sans manœuvre laryngée [1]. On peut la prévoir avant l'anesthésie lorsque l'indice de Mallampati [3] est supérieur à deux, la distance thyro-mentale inférieure à 35 mm [3]. Cet indice de difficulté est renforcé en cas de proéminence des incisives supérieures et de diminution de la mobilité mandibulaire et cervicale.
La situation est aggravée lorsque la ventilation au masque facial est difficile [1], c'est à dire lorsque la saturation artérielle en oxygène ne peut être maintenue au-dessus de 90% pour une ventilation avec un apport de 100% d'oxygène. Cette ventilation au masque et réputée difficile chez les sujets de plus de 55 ans, ayant un indice de masse corporelle supérieur à 26 kg/m2, une édentation, un ronflement, une barbe, une fibrose post thérapeutique du plancher buccal et du cou, une macroglossie, des anomalies de la morphologie du visage. Les principales causes de ventilation au masque difficile en ORL sont les séquelles morphologiques du visage après bucco-pharyngectomie trans-mandibulaire, après mandibulectomie et/ou maxillectomie, après chirurgie correctrice d'anomalies congénitales. Les principales causes d'intubation difficile en ORL sont les trismus infectieux, post radiques ou tumoraux, les envahissements tumoraux ou les fibroses post-radiques de la base de la langue ou du larynx, la raideur cervicale rhumatismale ou post-radique, les volumineuses tumeurs du larynx et/ou du pharynx, les lésions exophytiques qui masquent l'épiglotte et le plan glottique. Les tumeurs glottiques, quant à elles, sont souvent associées à un œdème, ce qui rend la ventilation au masque difficile, et l'intubation problématique du fait du rétrécissement de la filière. La filière trachéale peut également être rétrécie en cas de sténose trachéale sous glottique ou en cas de compression extrinsèque par de volumineuses adénopathies cervicales ou de grosse tumeur thyroïdienne.
Enfin, l'anatomie classique du pharynx et du larynx peut être totalement remaniée, au point de rendre difficile la reconnaissance des points de repères habituels. La stratégie de prise en charge de ces intubations difficiles [6] doit s'élaborer à partir de la consultation d'anesthésie [11] qui recueille les paramètres prédictifs et les antécédents du patient (indice de Cormack)[10], ainsi qu'avec le chirurgien, qui doit être présent en salle d'opération au moment de l'induction de l'anesthésie.
Un chariot spécial d'intubation difficile doit être à disposition. Il contient un certain nombre « d'indispensables » comme des protège-dents, des lames de laryngoscope courbes et droites, un kit de ponction inter-crico-thyroïdienne et de cathétérisme rétrograde, des masques laryngés de type Fast-Track®[9][12], un appareil de ventilation à haute fréquence, un laryngoscope

en suspension, un hypo-pharyngoscope, un bronchoscope rigide, un kit pour trachéotomie, des sources de lumière froide, des mandrins de calibre et de longueur différents, un mandrin de Cook® creux permettant l'oxygénation, un fibroscope souple [6]. Dernièrement, on a pu proposer également un laryngoscope de type Bullard®[7], ou de type Glyde Scope® avec vidéoscopie, idéal pour l'enseignement, ou encore l'intubateur de Bonfils®.

Avant de démarrer toute procédure, il est utile d'administrer au patient, en l'absence de contre-indication, de l'atropine® pour prévenir les bradycardies vagale ou hypoxique. Une pré-oxygénation du patient d'au moins trois minutes augmente le temps d'apnée sans désaturation. Le protocole d'anesthésie générale doit être vite réversible.

Un réveil rapide du patient enraye une situation en impasse et à forte mortalité. C'est souligner encore l'intérêt du propofol, du rémifentanil, et des curares dépolarisants. Dans certaines situations, une intubation à l'aide d'un naso-fibroscope souple est d'emblée indiquée [6]. Il est préférable de réaliser cette intubation chez un patient conscient et coopérant, en position demi-assise, pré-oxygéné. Un abord veineux est indispensable, permettant l'injection d'atropine®. Une anesthésie loco-régionale des fosses nasales, du pharynx et du larynx est soigneusement réalisée. Dès que la vision des anneaux trachéaux et de la carène est validée, le patient est endormi rapidement. La sonde d'intubation peut alors être glissée à travers la glotte.

BIBLIOGRAPHIE

1. Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Prise en charge des voies aériennes en anesthésie adulte, à l'exception de l'intubation difficile. Société française d'anesthésie réanimation, conférences de consensus, 7 juin 2002.
2. ARRIAGA MA, KANEL KT, JOHNSON JT, MYERS EN. Medical complications in total laryngectomy : incidence and risk factors. Ann Otol Rhinol Laryngol, 1990, *99:611*-615.
3. BALLY B. L'intubation difficile en ORL. Journées d'enseignement post-universitaire de la Pitié-Salpêtrière, 2001:337-354.
4. BARRY B. Antibiothérapie en ORL : principes généraux de prescription des antibiotiques. Traité d'ORL sous la direction de Daniel Brasnu, Médecine-Sciences, Flammarion ed.,2008,769-774.
5. BENUMOF JL. Management of the difficult adult airway with special emphasis on awake tracheal intubation. Anesthesiology, 1991, 75:1087-1110.
6. BERTRAND-DELIGNE J. Anesthésie en ORL. Traité d'ORL sous la direction de Daniel Brasnu, Médecine-Sciences, Flammarion ed.2008, 763-768.
7. BJORAKER DG. The Bullard intubation laryngoscopes. Anesthesiol Rev, 1990, 17:64-70.
8. BOISSON-BERTRAND D. Intubation difficile. Société Française d'Anesthésie Réanimation. Expertise collective. Ann Fr Anesth Réanim, 1996,15 :207-214.
9. BRAIN AL. The intubator laryngeal mask II: a preliminary clinical report of a new means of intubating the trachea. Br J Anaesth,1997,*79*:704-709.
10. CORMACK RS, LEHANE J. Difficult tracheal intubation in obstetrics. Anaesthesia, 1984,*39*:1105-1111.
11. CRINQUETTE V, VILETTE B, SOLANET C et al. Intubation difficile en ORL : aspects étiologiques et conduite à tenir, à propos de 100 observations. Can Anesthésiol,1988,*36*:89-92.
12. CROS AM, MAIGROT F, ESTEBEN D. Masque laryngé fastrach et intubation difficile. Ann Fr Anesth Réanim, 1999,18:1041-1046.
13. DONNADIEU S. Mécanisme, interprétation et soulagement de la douleur en ORL. Traité d'ORL sous la direction de Daniel Brasnu, Médecine-Sciences, Flammarion ed.2008, 776-789.
14. FAUGERE JM, GOUTEYRON JF. La chirurgie ambulatoire en oto-rhino-laryngologie. Qu'est ce qui est possible, souhaitable, interdit. Cah Anesthesiol, 1993,43:419-423.
15. FISCHLER M. Anesthésie pour chirurgie endoscopique du larynx chez l'adulte. Conférences d'actualisation de la société française d'anesthésie réanimation, 2004:187-196.
16. JOHNSON JT, SCHULLER DE, SILVER F et al. Antibiotic prophylaxis in high risk head and neck surgery : one day versus five day therapy. Otolaryngol Head Neck Surg, 1986, 95:554-557.
17. RAVUSSIN P, FREEMAN J. A new transtracheal catheter for ventilation and resuscitation. Can Anaesth Soc J, 1985, 32:60-64.
18. REYFORD GH, ADNET P, CRINQUETTE V et al. Intubation difficile en oto-rhino-laryngologie. Conférences d'actualisation de la Société Française d'Anesthésie Réanimation, 1997:337-347.
19. SITBON P, TRABOLD F. Intubation sans curare. Mapar, 2001:67-75.
20. Table ronde : réunion de la société française d'anesthésie d'analgésie et de réanimation. Anesthésie pour amygdalectomie chez l'enfant. Anal Anesth Réanim, 1973,30:1123-1145.
21. WILLIAMS PJ, BAILEY PM. Comparison of the reinforced laryngel mask airway and tracheal intubation for adenotonsillectomy. Br J Anaesth,1993,40:30-33.

REVOLUTION TECHNOLOGIQUE DANS LA PRESSION INVASIVE !

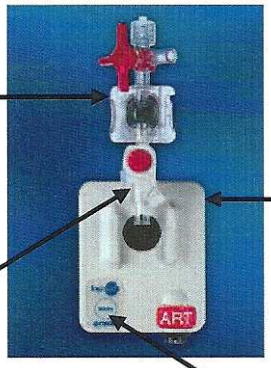
Smiths Medical, à travers sa marque Medex, innove une nouvelle fois en lançant le 1er système au monde de monitorage sans fil de la pression invasive.

I. 1998 : Smiths Medical/Medex lance les capteurs de pression réutilisables LogiCal®

Une innovation récompensée la même année par le prix d'excellence du design pour son utilisation simple et efficace.

Les utilisateurs ont particulièrement apprécié :
- le concept à la fois écologique et économique,
- la qualité du système,
- la facilité de manipulation

* Concept écologique et économique :
La partie électronique (capteur) est transférée dans le support qui est désormais réutilisable
→ Ces composants électroniques ne sont plus jetés après chaque patient ; c'est écologique
→ Les sets de pression à usage unique, dépourvus d'électronique, sont moins chers ; c'est économique



Set de pression à usage unique

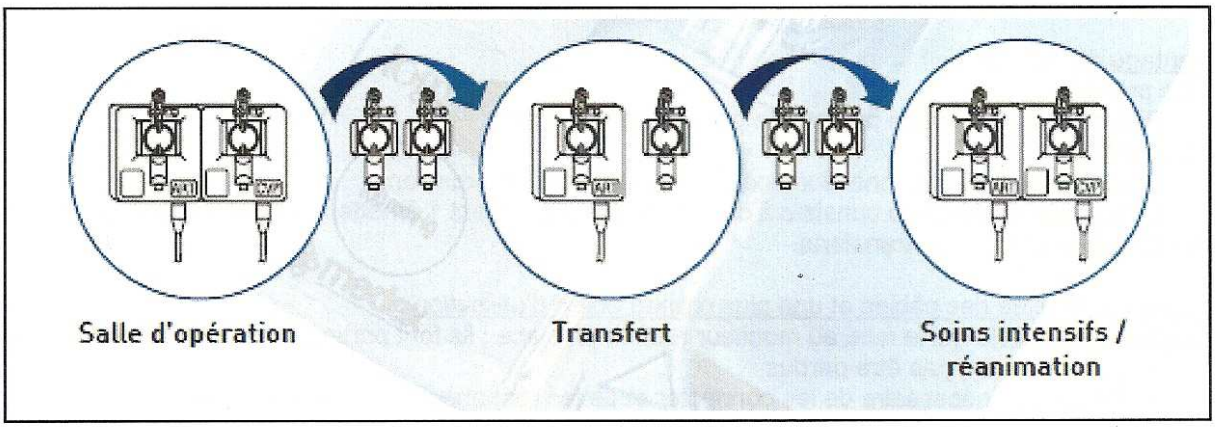
Capteur / Support réutilisable

* Qualité :

Le flush à gâchette, ergonomique, permet une purge simple et rapide grâce à une meilleure préhension.

La touche Sure-Cal®
permet de vérifier en une pression l'intégrité de la chaîne de mesure, avant de connecter le set de pression au patient :
un signal pré-calibré à 100mmHg est envoyé afin de déceler une défaillance potentielle d'un des éléments (capteur, set, câble…).

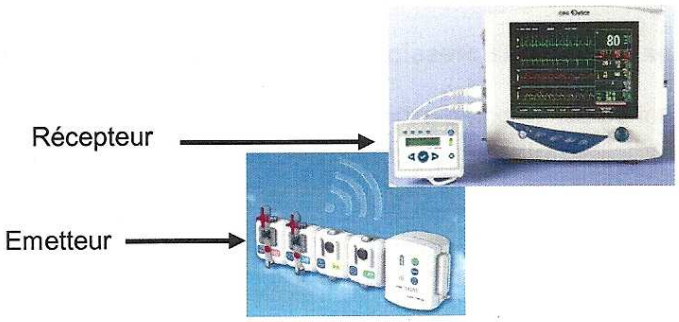
* Facilité de manipulation :
Le capteur LogiCal® reste en place, telle une extension du moniteur
→ La station LogiCal® est déjà installée, prête à l'emploi, lorsque le patient arrive
→ Seul(s) le(s) set(s) de pression est (sont) à manipuler lors des transferts



II. 2008 : Smiths Medical/Medex crée la révolution et lance smartX®, le premier système sans fil de monitorage de la pression invasive

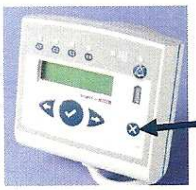
Concept :
smartX® est une évolution de la technologie LogiCal®. Il se compose de 2 principaux éléments :
- l'émetteur, sur lequel sont fixés les capteurs et les sets de pression LogiCal®,
- le récepteur, relié au moniteur,

les données du patient sont transmises de l'émetteur au récepteur par technologie Bluetooth™.



Fonctionnement :
3 gestes suffisent pour mettre en marche le système :

1° Allumer le récepteur
2° Allumer l'émetteur
→ Le récepteur va détecter seul les émetteurs activés dans un rayon de **10 mètres**
3° Sélectionner l'émetteur souhaité et valider la connexion


1° Mise en route du récepteur

2° Mise en route de l'émetteur

3° Validation de la connexion

Le système SmartX® a été conçu dans l'optique de résolution des principales difficultés liées au monitorage de la pression invasive, aussi bien au bloc opératoire qu'en salle de réveil ou de réanimation.
En effet, ce nouveau système procure :

* Davantage de latitude :
En supprimant le câble reliant le patient au moniteur :
→ Levée d'une contrainte en termes de disposition et d'organisation
→ Possibilité de manipuler plus aisément le patient

* Des gains de temps :
Le récepteur reste en place (au bloc, en salle de réveil, en réanimation), relié au moniteur
→ Le système est prêt à fonctionner dès l'arrivée du patient
Les sets de pression restent en place sur l'émetteur qui suit le patient lors des transferts
→ Inutile de déconnecter puis de reconnecter sets et câbles de pression

* Davantage de sécurité :
Pour les praticiens :
Pas de risque de chute provoquée par un câble traînant
Pour les patients :
Pas de risque de déconnection accidentelle du câble de pression
La fonction **multimode** consiste à connecter simultanément 1 émetteur à 2 récepteurs. Cela permet un monitorage continu, lors des transferts.

* Une gestion facilitée des câbles et une plus grande durée d'utilisation :
Le récepteur et le câble qui le relie au moniteur restent en place ; ils font partie de l'équipement fixe de la salle.
→ Ils ne peuvent pas être perdus
→ Il n'est pas nécessaire de les connecter et de les reconnecter aux sets de pression après chaque patient, ce qui évite leur usure prématurée.

ANESTHESIE PEDIATRIQUE ET CHIRURGIE ORL

Docteur Jean-Vincent Aubineau

INTRODUCTION :

En 1996, la chirurgie ORL réalisait 64 % des actes chirurgicaux effectués sur des enfants âgés de un à quatre ans. L'anesthésie réalisée pour des actes de cette spécialité représente donc une part très importante de l'anesthésie pédiatrique. L'anesthésie en ORL pédiatrique doit obéir aux règles habituelles de pratique et de sécurité. Mais elle comporte aussi des spécificités. Nous étudierons donc les caractéristiques des patients destinés à cette chirurgie ainsi que le matériel adapté. Nous étudierons ensuite les chirurgies principalement effectuées en pratique quotidienne et nous terminerons par le vaste de domaine de l'anesthésie pour endoscopie.

1. CARACTERISTIQUES DES PATIENTS

Les enfants devant bénéficier d'une anesthésie en ORL ont tous les âges. Les plus petits (nouveaux-nés, nourrissons, anciens prématurés) sont endormis pour des endoscopies diagnostiques ou thérapeutiques, des cures de malformations faciales, des cures d'atrésies choanales et parfois des trachéotomies. Toutes ces interventions sont réalisées plutôt dans des centres spécialisés car une unité de surveillance continue peut être requise. Entre 1 et 5 ans, la chirurgie ORL est l'apanage de la pose d'aérateurs trans-tympaniques, d'adénoïdectomie et d'amygda- lectomie. Elle se déroule dans des centres réalisant régulièrement des anesthésies de l'enfant sans être nécessairement des centres spécialisés. Après 5 ans, les chirurgies de l'oreille moyenne, des sinus et des fosses nasales, la chirurgie cervicale et la chirurgie plastique (otoplastie, rhinoplastie) sont réalisées.

Le problème majeur de l'anesthésie en ORL pédiatrique est que l'enfant de moins de 6 ans est le plus souvent enrhumé. L'infection des voies aériennes supérieures est la source de complications péri-anesthésiques importantes comme le bronchospasme, le laryngospame et l'hypoxémie. Il convient de peser correctement la balance entre le bénéfice et le risque de l'anesthésie. La majorité des patients d'ORL pédiatrique sont souvent des "enrhumés chroniques" que l'adénoïdectomie et l'amygda- lectomie amélioreront considérablement. Il ne faut cependant pas, sous prétexte d'une amélioration clinique certaine, accepter de réaliser une anes- thésie chez tous les enfants. Il est donc important de rappeler les critères qui imposent de reporter une intervention en pédiatrie. Ils sont les suivants :

- La présence d'une fièvre supérieure à 38°C.

- Une atteinte des voies aériennes supérieures plus importante que d'habitude.

- La présence d'une anomalie auscultatoire (surtout des sibilants).

Il faut être d'autant plus vigilant que l'enfant est petit (moins de 1 an) et que celui-ci doit être intubé.

Le report d'une infection pulmonaire est de 4 à 6 semaines ; celui d'un rhume ou d'une rhinopharyngite est de 1 à 2 semaines.

La dernière caractéristique reste la mobilité des dents de lait chez les enfants. Il faut savoir questionner les parents et les enfants en consultation pré-anesthésique et redemander à l'enfant quelles sont ses dents qui bougent avant l'induction anesthésique.

2. LE MATERIEL

La spécificité de l'anesthésie pédiatrique en ORL réside surtout dans la nécessité d'assurer la liberté des voies aériennes supérieures. Il faut donc avoir à disposition tout le matériel nécessaire pour réaliser une anesthésie dans un maximum de sécurité, c'est à dire de disposer d'un matériel adapté à la taille de chaque patient (masque, canules oro-pharyngées, lames d'intubation, sondes d'intubation). Il faut aussi avoir tout le matériel nécessaire en vue d'une possible difficulté d'intubation. Les patients présentant ces problèmes potentiellement graves sont fréquemment rencontrés en ORL (syndrome de Pierre Robin, Treacher-Collins, Franceschetti, Goldenhar, ...). Bien qu'une intubation difficile non prévue soit exceptionnelle en pédiatrie et bien que la proximité d'un ORL facilite la possibilité d'une intubation par fibroscopie, il faut savoir la dépister (petite ouverture de bouche, petit menton, dysmorphie faciale, mauvaise implantation et malformation des oreilles). Il faut aussi connaître la composition du chariot d'intubation difficile qui doit se trouver à proximité ainsi que les algorithmes indispensables élaborés par le service.

La sphère ORL est le lieu de convergence des équipes anesthésiques et chirurgicales. Certains actes peuvent être réalisés à l'aide d'un masque facial seul. L'utilisation d'un masque laryngé n'est pas toujours facile car nombre d'actes nécessitent une mobilisation de la tête ou sont hémorragiques. Dans ces cas, l'intubation oro-trachéale est de rigueur.

La surveillance per-opératoire est réalisée à l'aide d'un monitorage standard (ECG, pression artérielle non invasive, SpO2, analyseur de gaz et de CO2 et monitorage de la température). Le réchauffement actif au cours de la période anesthésique est facilité par le fait que l'on peut recouvrir la plus grande partie du corps par la couverture chauffante.

La disposition de la salle d'ORL n'est pas habituelle : les chirurgiens doivent s'installer autour de la tête de l'enfant. Le respirateur se retrouve donc généralement au pied du patient. Il convient de s'assurer, aux moments privilégiés que sont l'induction et le réveil, de la proximité du respirateur et du système fonctionnel d'aspiration. Une bonne organisation spatiale de la salle d'opération optimise le traitement d'un bronchospasme ou d'un laryngospasme.

3. CARACTERISTIQUES CONSTANTES DES INTERVENTIONS

Pour toute intervention, les règles de jeûne doivent être observées. Une prémédication est donnée à partir de l'âge de 3 ou 6 mois et peut consister en l'administration de midazolam intra-rectal ou per-os avant l'âge de 6 ans, puis d'hydroxyzine per os après 6 ans. L'induction est préférentiellement inhalatoire avec du sévoflurane ou plus exceptionnellement, compte tenu de l'angoisse de la piqûre en pédiatrie, par voie intra-veineuse avec du propofol. L'entretien de l'anesthésie peut être réalisé par voie inhalatoire ou intra-veineuse, associé ou non à des morphi- niques. Des corticoïdes administrés par voie-intr-veineuse sont abondamment délivrés en période péri-opératoire pour la plupart des interventions d'ORL. L'antibioprophylaxie est réalisée selon les protocoles du service. L'extubation est réalisée le plus souvent au bloc opératoire. En salle de surveillance post-interventionnelle, l'analgésie est effectuée. L'administration d'aérosols de corticoï- des (Soludécadron© : 2 mg si poids < 10 kg / 4 à 8 mg si poids > 10 kg) et d'adrénaline (0,5 mg/kg jusqu'à 5 mg) doit être très large surtout pour la chirurgie endo-buccale et la chirurgie laryngée. Les critères de sortie de SSPI sont non spécifiques.

4. UN DOGME EN ANESTHESIE PEDIATRIQUE ORL : ASSURER LA PERMEABILITE DES VOIES AERIENNES SUPERIEURES

Comme nous l'indiquions plus haut, la gestion des voies aériennes supérieures est primordiale pour toute anesthésie, mais particulièrement en pédiatrie et en ORL. La rapidité de survenue d'une hypoxémie impose une vigilance constante de l'équipe d'anesthésie. Tout signe avant-coureur d'un problème quelconque sur les voies aériennes supérieures doit alerter et doit entraîner des gestes adaptés. Au cours de l'induction inhala- toire, un ronflement, un tirage, un creusement sus-sternal ou une respiration abdominale nécessitent une ouverture mécanique des voies aériennes par luxation mandibulaire douce mais efficace, l'adjonction d'une pression positive (à la valve APL ou à la valve de David ...) puis la mise en place parfois très précocement (c'est à dire avant la pose de la voie veineuse) d'une canule oro-pharyngée. Celle-ci doit être suffisamment longue pour aller au-delà du plan amygdalien.

Parfois, un laryngospasme survient. Il est le résultat de la contraction réflexe des muscles intrinsèques du larynx entraînant la fermeture des cordes vocales et des structures supra-glottiques. Les causes sont les suivantes :

- Manoeuvres intra-buccales au cours d'une anesthésie trop légère.

- Infection des voies aériennes supérieures.

- Sécrétions abondantes.

- Intubation ou pose d'un masque laryngé au cours d'une anesthésie insuffisante.

- régurgitation du contenu gastrique ou oesophagien.

Lorsqu'un laryngospasme survient, il faut rapidement savoir si celui-ci est incomplet (bruits auscultatoires présents) ou complet (silence auscultatoire). Dans le cadre d'un laryngospasme incomplet, il faut interrompre la stimulation, administrer de l'oxygène au masque facial en associant une pression positive pour diminuer le collapsus des structures supra-glottiques et approfondir l'anesthésie. Pour un laryngospasme complet, il faut interrompre la stimulation, administrer de l'oxygène au masque facial en luxant au maximum la mâchoire afin de dégager les structures supra-glottiques tout en évitant l'administration d'une pression positive qui pourrait aggraver le phénomène, approfondir l'anesthésie par voie intra-veineuse si la voie veineuse est en place, ou curariser (succinylcholine à la dose de 4 mg/kg en intra-musculaire) pour réaliser l'intubation.

5 LES INTERVENTIONS CHIRURGICALES

Nous allons décrire à présent les interventions les plus courantes. Il est illusoire de vouloir décrire toutes les pratiques car elles dépendent de la technique chirurgicale, de la rapidité de l'opérateur, de la volonté de la structure de prendre en charge correctement la douleur des enfants … En effet, pour une même intervention, l'anesthésiste préfèrera perfuser ou non, intuber ou non, donner des morphinomimétiques puissants ou non.

5.1 Pose d'aérateurs trans-tympaniques (ATT). Cette intervention est courte et ne nécessite qu'un entretien de l'anesthésie au masque facial. Certaines équipes estiment que la pose d'ATT est indolore ; d'autres pensent que la paracentèse est douloureuse. C'est pourquoi, la nécessité d'une voie veineuse est parfois mise en doute par certaines équipes. Au sein de notre établissement, tout patient d'ORL bénéficie de la pose d'une voie veineuse pour la pose d'ATT.

5.2 Adénoïdectomie Elle consiste à réduire le volume des végétations adénoïdes par voie endo-buccale. Cette chirurgie se fait sous anes- thésie générale. Les techniques anesthésiques varient en fonction des habitudes chirurgicales. Nous ne rentrerons pas dans le débat encore actuel sur la nécessité ou l'inutilité d'une intuba- tion pour cette chirurgie. Les types d'anesthésies sont multiples et diffèrent tant sur la prémédication (benzodiazépine, paracétamol, codéine), que sur l'analgésie per-opératoire (opiacés, paracétamol, kétamine, aucune analgésie) et post-opératoire (morphine, paracétamol, aucune analgésie). L'intervention se déroule généralement en ambulatoire.

Les végétations choanales ne sont pas situées au même niveau que les végétations adénoïdes car elles sont situées au niveau des choanes. Leur ablation nécessite un contrôle endoscopique permanent. Cette intervention est donc réalisée avec une intubation oro-trachéale standard et dure environ 10 à 30 minutes en fonction de la difficulté opératoire.

5.3 Amygdalectomie : Cette intervention, qui entre parfois dans le cadre de la chirurgie ambulatoire, est réalisée quand l'enfant présente plus de cinq angines par an ou quand les parents signalent des ronflements, des sueurs nocturnes voire un syndrome d'apnées du sommeil. Ce dernier peut être objectivé par une polysomnographie réalisée en secteur hospitalier. L'asthme est une pathologie associée fréquente et les enfants bénéficient alors d'un traitement de fond (corticoïdes et beta2-mimétiques inhalés). Le *bilan pré-opératoire* comprend généralement une numération - formule sanguine, une hémostase, un groupe sanguin et des RAI. *La chirurgie est réalisée sous anesthésie générale avec intubation oro-trachéale* après prémédication. La sonde d'intubation nécessaire est une *sonde préformée* orale que l'on fixera centrée sur la lèvre inférieure. La chirurgie est d'une durée moyenne de 20 minutes, généralement associée à une adénoïdectomie. Elle nécessite la mise en place d'un *écarteur de Boyle-Davis* qui peut-être la source d'une extubation accidentelle au moment de son retrait. Plusieurs techniques chirurgicales sont réalisées : dissection et coagulation, tech-nique du lasso puis coagulation, technique par dessiccation instrumentale (Coblator®). *L'entretien de l'anesthésie* se fait par les halogénés associés à des morphiniques. Des *corticoïdes et des antibiotiques* sont aussi administrés. Après *l'extubation*, les enfants âgés de moins de 2 ans ou présentant un syndrome d'apnées du sommeil peuvent être surveillés pendant 24 heures en salle de surveillance post-interventionnelle ou en unités de soins continus. *L'analgésie post-opératoire* est assurée par de la morphine en SSPI, des antalgiques de paliers II, voire une *PCA-morphine* chez les enfants algiques et en âge d'en comprendre le fonctionnement. *Le saignement* est une complication à redouter. Il survient au décours immédiat de la chirurgie (avant 6 heures) ou vers J7-J10 au moment de la chute d'escarre. Il nécessite généralement une *reprise chirurgicale* sous anesthésie générale avec intubation oro-trachéale. Celle-ci est réalisée après avoir rétabli l'hémodynamique (remplissage par cristalloïdes et colloïdes) et normalisé l'hémoglobine par une transfusion de concentrés globulaires si nécessaire. Elle est de *type "estomac plein*" et comporte une pré-oxygénation, la réalisation de la manoeuvre de Sellick avant l'administration d'un hypnotique et d'un curare d'action rapide puis une intubation oro-trachéale.

La cure de phlegmon péri-amygdalien se déroule chez un enfant à jeun et prémédiqué. La seule inquiétude que l'on pourrait avoir réside dans la limitation de l'ouverture de la bouche chez l'enfant réveillé au cours de la consultation pré-anesthésique. Celle-ci cède généralement à l'anesthésie générale.

5.4 Otoplastie : Elle se déroule sous anesthésie générale avec intubation oro-trachéale. Une otoplastie sans greffon nécessite surtout une prévention des nausées et des vomissements. Pour certaines malformations importantes de l'oreille (aplasie, agénésie) un prélèvement costal peut-être réalisé afin de l'implanter au niveau de l'oreille manquante. L'équipe d'anesthésie doit veiller à une analgésie post-opératoire de qualité car cette chirurgie est très douloureuse. Aujourd'hui, celle-ci est généralement multi-modale (infiltration continue d'anesthésique local, PCA-morphine, médica- ments à visée anti-hyperalgésique).

5.5 Chirurgie cervicale : Elle comporte des cures de kystes du tractus thyréoglosse ou de fistules cervicales, l'exérèse de kystes dermoïdes, de lymphangiomes kystiques. L'anesthésie est sans particularité. Néanmoins, la surveillance post-opératoire nécessite une grande vigilance car des oedèmes cervicaux importants peuvent survenir.

5.6 Chirurgie de l'oreille moyenne et pose d'implant cochléaire : La chirurgie de l'oreille moyenne (tympanoplastie pour perforation, cholestéatome, mise en place de prothèse) ne

comporte pas de spécificité. Elle est peu douloureuse mais peut être génératrice de nausées et de vomissements importants. L'anesthésie pour la pose d'implant cochléaire ne présente pas de particularité fondamentale. Il faut néanmoins se souvenir que ces enfants peuvent être atteints, dans le cadre de surdité congénitale, d'un syndrome du QT long. L'anesthésie requise doit alors éviter les tachycardies importantes (par exemple induite par les halogénés) car ces dernières sont pourvoyeuses de torsades de pointe. Ces enfants peuvent aussi présenter des malformations de l'oreille interne à type d'ectasie vestibulaire. Au cours de cette chirurgie, un geyser peut survenir et peut nécessiter l'administration per-opératoire de Mannitol©. La dernière particularité est que ces enfants sont des sourds profonds et que la présence rapide d'un des parents en salle de surveillance post-interventionnelle est primordiale.

5.7 Endoscopie :

L'endoscopie ORL en pédiatrie n'est pas la partie la plus aisée de l'anesthésie pédiatrique. Elle requiert avant tout une bonne évaluation pré-opératoire, une grande pratique de l'anesthésie pédiatrique et de l'endoscopie, mais, surtout, une collaboration très étroite entre l'équipe chirurgicale (chirurgiens, IBODE) et l'équipe anesthésique (anesthésiste, IADE). La technique de l'endoscopie est très souvent identique mais l'acte chirurgical peut être extrêmement varié car l'endoscopie peut être diagnostique ou thérapeutique.

L'endoscopie diagnostique se réalise en deux temps : un premier temps sous anesthésie locale et administration de protoxyde d'azote où l'on observe l'anatomie et l'activité des structures supra-glottiques et glottiques chez un patient éveillé ; un deuxième temps est réalisé sous anesthésie générale afin de voir *l'arbre* trachéal dans de bonnes conditions.

L'endoscopie thérapeutique revêt des aspects très variés : résection aux ciseaux des replis ary-épiglottiques, incision de diaphragmes trachéaux, laser pour des granulomes laryngés, dilatation trachéale au ballon, exérèse ou injection médicamenteuses dans des lésions papillo-mateuses, cure *de* diastème laryngé …

L'intubation n'est pas la technique de choix car elle empêche tout acte chirurgical au-dessous du plan glottique. L'expérience de l'équipe d'anes- thésie permettra la réalisation de l'intégralité de l'endoscopie en ventilation spontanée. Cette technique est possible grâce à l'administration conjointe de plusieurs médicaments de pratique courante : halogénés (sévoflurane), propofol, mor-phine et surtout lidocaïne en spray. Cette asso-ciation permet de réaliser des laryngoscopies en suspension de plusieurs dizaines de minutes, y compris chez les plus petits. Cependant, la réalisation n'en est pas toujours simple, surtout chez les enfants enrhumés, encombrés, broncho-dysplasiques … L'utilisation de propofol et de rémifentanil avec un objectif de concentration est de réalisation difficile car les modèles pharma-cocinétiques ne sont pas encore complètement *adaptés* aux plus petits enfants.

La jet-ventilation peut avoir sa place dans la technique d'anesthésie pour endoscopie. Néanmoins, elle ne peut être que sus-glottique car le matériel pour la voie transcricothyroïdienne n'est pas utilisable pour les petits enfants et se déplace facilement. C'est pourquoi la ventilation spontanée reste la technique de choix. Il faut garder à l'esprit qu'une anesthésie très profonde pour supporter une laryngoscopie en suspension peut être compatible avec une ventilation spontanée. Le meilleur exemple est l'utilisation de cette technique pour l'ablation de corps étrangers intra-bronchiques. Il est généralement conseillé de laisser les patients en ventilation spontanée afin de ne pas pousser, par la pression positive induite par la ventilation, le corps étranger plus loin qu'il n'est, et de ne pas réaliser un trapping (administration d'un volume d'air en aval de l'obstacle sans possibilité de l'évacuer au moment de l'expiration), pouvant générer l'apparition d'un pneumothorax. Il n'est possible de ventiler un patient au cours d'une laryngoscopie que lorsque les chirurgiens utilisent un bronchoscope rigide. Ce dernier possède un canal latéral sur lequel on peut brancher tout le matériel nécessaire à une ventilation. Celle-ci n'est alors jamais exempte de fuites et de pollution de la salle d'opération.

6. Conclusion

L'anesthésie pédiatrique en ORL possède quelques particularités tant sur le recrutement des patients (enfants souvent enrhumés), que sur le matériel, la disposition de la salle d'opération et les différentes techniques chirurgicales pour un même geste. La coopération entre l'équipe anes- thésique et l'équipe chirurgicale est fondamentale. Enfin, comme pour toute chirurgie pédiatrique et, *a fortiori*, pour une spécialité chirurgicale qui touche aux voies aériennes supérieures, une grande expérience de l'anesthésie pour ce type de chirurgie permettra évidemment de prévenir et de traiter correctement les situations difficiles qui peuvent survenir très rapidement.

Service d'anesthésie-réanimation - Groupe hospitalier Armand Trousseau - La Roche Guyon.

26, avenue du docteur Arnold Netter - 75012 Paris

jean-vincent.aubineau@trs.aphp.fr

« Loi HPST - Hôpital - Patient - Santé – Territoire »

Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (paru au JO 22-07-2009)

Cette loi a fait couler beaucoup d'encre et généré beaucoup d'inquiétude. Nous vous en proposons une lecture simplifiée des principaux points. Vous pouvez télécharger l'intégralité du texte à partir du site du SNIA, elle est en lien direct.

Les établissements de santé

Distinction de 3 types d'établissements de santé publiques, privés et privés d'intérêt collectif
Les établissements d'intérêt collectif comprennent les centres anticancéreux et les établissements gérés par des organismes sans but lucratif (ex PSPH).
Tous les établissements assument les mêmes missions. Les missions de service public sont assurées par tous y compris l'accueil des urgences, l'enseignement. Les professionnels libéraux participent aussi aux missions de service public et aux activités de soins dans les établissements de soins dans le cadre d'un contrat.

Les agences régionales de santé

Création des Agences régionales de santé (ARS).
Elles se substituent aux ARH. Elles ont pour missions de définir et de mettre en œuvre un ensemble coordonné de programmes et d'actions concourant à la réalisation, au niveau régional et infrarégional, des objectifs de la politique nationale de santé.
L'ARS conclue avec chaque établissement de santé, titulaire d'une autorisation, un ***contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM)*** pour une durée de 5 ans. Ce contrat porte sur les orientations stratégiques de l'établissement, sur la base du projet régional de santé en particulier du schéma régional d'organisation des soins (SROS). Le directeur coordonne l'évolution du système hospitalier en vue de l'adapter à la population et de préserver la qualité des soins…

La gouvernance des établissements publics de santé

Les établissements publics de santé sont désormais dotés de la personne morale de droit public et de l'autonomie administrative et financière. Les organes de gestion sont :

Le conseil de surveillance, il remplace le conseil d'administration. Il se prononce sur la stratégie et exerce un contrôle permanent de la gestion. (Composition art L. 6143-5)

Le directeur, il est président du directoire. Il conduit la politique de l'établissement. Il a tout pouvoir de nomination après consultation des différentes instances. Il a autorité sur l'ensemble du personnel (médical et non médical).
Il définit l'organisation de l'établissement en pôle.

Le directoire, il approuve le projet médical. Il est composé des membres du personnel dont une majorité médicale. Le directeur est président du directoire. Le président de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-technique en est membre de droit.

Le chef de pôle, il est nommé par le directeur de l'établissement. Il met en œuvre la politique pour atteindre les objectifs fixés au pôle. Il a une autorité fonctionnelle sur l'ensemble du personnel du pôle. Il affecte les ressources humaines en fonction des nécessités et compte tenu des objectifs.

Le comité technique d'établissement, la commission médicale d'établissement, le CHSCT restent en tant qu'instances consultatives.

Nouvelles instances

L'agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux. Il s'agit d'un groupement d'intérêt public entre l'Etat, l'union nationale des caisses d'assurance maladie.

Communautés hospitalières de territoire (CHT). Elles se concluent entre des établissements publics de santé afin de mettre en œuvre une stratégie commune et de gérer en commun certaines fonctions et activités (transfert de compétence entre les établissements…).

Organisation des soins

Le médecin généraliste, premier recours, il contribue aux soins ambulatoires, assurent la prévention, le dépistage et le traitement des maladies…

Les pôles de santé ; ils assurent les soins de premier recours et éventuellement de second. Ils sont constitués de professionnels de santé et de services médico-sociaux, de centres de santé….

Dotation de financement des services de santé

Les étudiants ont la possibilité de signer avec le centre national de gestion des praticiens hospitaliers et des personnes de direction de la FPH un contrat leur accordant une allocation mensuelle en contrepartie de l'engagement d'exercer en zone déficitaire, à l'issue de leur formation.

Coopération des professionnels de santé

Article 51 - *Les professionnels de santé peuvent s'engager, à leur initiative, dans une démarche de coopération ayant pour objet d'opérer entre*

eux des transferts d'activités ou d'actes de soins ou de réorganiser leurs modes d'interventions auprès des patients. Le patient est informé, par les professionnels de santé, de cet engagement dans un protocole impliquant d'autres professionnels dans une démarche de coopération interdisciplinaire.

Les professionnels soumettent à l'agence régionale de santé des protocoles de coopération. L'agence vérifie que les protocoles répondent à un besoin de santé contacté au niveau régional puis soumis à la Haute Autorité de Santé.

Les protocoles précisent l'objet et la nature de la coopération, la discipline ou les pathologies, le lieu et champ d'intervention et les professionnels concernés. Le directeur de l'ARS autorise la coopération en conformité avec l'avis de la HAS. Les professionnels s'engagent mutuellement à appliquer le protocole. L'ARS peut mettre fin à un protocole.

Les protocoles peuvent être intégrés dans la formation initiale.

Un professionnel ne peut refuser de soigner une personne par discrimination… Toute personne qui s'estime victime de refus de soin illégitime peut saisir le directeur de l'organisme d'assurance maladie.

Gestion des fonds de développement professionnel continu des professionnels de santé

Il a pour objectifs l'évaluation des pratiques professionnelles, le perfectionnement des connaissances,

***Article - 63** « **L'ordre national infirmier** a un droit **d'accès aux listes nominatives** des infirmiers employés par les structures publiques et privées et peut obtenir la communication.*
*Ces listes nominatives sont notamment utilisées pour procéder dans des conditions fixées par décret à **l'inscription automatique des infirmiers au tableau tenu par l'ordre »***
« L'ordre national des infirmiers veille à maintenir les principes éthiques et à développer la compétence indispensable à l'exercice de la profession. Il contribue à promouvoir la santé publique et la qualité des soins
Le conseil national de l'ordre prépare un code de déontologie édicté sous la forme d'un décret en Conseil d'Etat. Ce code annonce notamment les devoirs des infirmiers dans leurs rapports avec les patients, les autres membres de la profession et les autres professionnels de santé. »
Il suit une explicitation des rôles respectifs des différentes instances de l'ordre.

Prévention et santé publique

Création d'une fondation, elle contribue à la mobilisation des moyens nécessaires pour soutenir des actions individuelles ou collectives destinées à développer des comportements favorables à la santé.

L'éducation thérapeutique s'inscrit dans le parcours du patient afin de le rendre plus autonome. Possibilité pour les infirmiers de ***renouveler des ordonnances*** datant de moins d'un an et de prescrire des médicaments contraceptifs oraux, pour une durée maximale de six mois.

Encadrement de l'offre d'alcool, pas de distribution gratuite, décision du maire sur la vente d'alcool à emporter entre 20h et 2h….

Elévation de l'âge requis pour acheter du tabac de 16 à 18 ans et interdiction de vente ou de distribution de cigarettes aromatisées.

Possibilité de la ***levée de l'anonymat en matière d'infection par le VIH*** et des infection sexuellement transmissible sen cas de nécessité thérapeutique.

Surveillance accrue pour les expositions au plomb, au rayonnement naturel et à l'amiante.

Prévention de l'obésité et du surpoids mentionnée comme priorité politique de santé publique.

Système de vigilance sur les nouveaux aliments, sur les compléments alimentaires et sur les aliments qui font l'objet d'adjonction de substances à but nutritionnel ou physiologique, ceci est confié à l'AFSSA.

Lutte contre la propagation internationale des maladies, Obligation en cas de voyage international pour les voyagistes d'informer leurs clients des risques de santé publique constatés par les autorités sanitaires dans les lieux de destination.

« Deux éléments retiennent notre attention :

La coopération entre les professionnels de santé *à laquelle est associé le transfert de compétence. Or, nous savons qu'en France ceci vise à compenser le déficit futur en médecins. L'objectif n'est pas en soi une valorisation de la profession infirmière. (Voir bulletin précédant – compte rendu de la session professionnelle IADE)*

*Le rôle et la puissance de **l'ordre national infirmier** est confirmé dans ce texte en lui donnant accès aux listes nominatives des infirmiers travaillant dans les établissements de santé. »*

JORF n°0177 du 2 août 2009 page 12916 - texte n°1 5

Décret n° 2009-957 du 29 juillet 2009 relatif à la reconnaissance des qualifications professionnelles des ressortissants des Etats membres de la Communauté européenne ou parties à l'accord sur l'Espace économique européen pour l'exercice des professions de préparateur en pharmacie et préparateur en pharmacie hospitalière, d'auxiliaires médicaux et de conseiller en génétique - NOR: SASH0905467D

« Dispositions communes : ressortissants d'un Etat membre de la Communauté européenne ou partie à l'accord sur l'Espace économique européen

« Paragraphe 1 « Libre établissement »

« Art. R. 4311-34 ***Le directeur régional de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale (DRJSCP),*** dans le ressort de laquelle se situe le lieu d'établissement de l'intéressé, délivre après avis de la commission des infirmiers l'autorisation d'exercice prévue à l'article L. 4311-4, au vu d'une demande accompagnée d'un dossier présenté et instruit selon les modalités fixées par l'arrêté mentionné à l'article R. 4311-37.

Dans le délai d'un mois à compter de la ***réception de la demande, le directeur DRJSCP de en accuse réception*** *dans les conditions fixées* ***par le décret n°*** *2001-492 du 6 juin 2001 pris pour l'application du chapitre II du titre II de la loi n° 2000-321 du 12 avril 2000 et relatif à l'accusé de réception des demandes présentées aux autorités administratives*.

Le silence gardé par ***le directeur de DRJSCP*** à l'expiration d'un délai de quatre mois à compter de la réception du dossier complet vaut décision de rejet de la demande.

« Art. R. 4311-35-1 La commission des infirmiers comprend :

1° Le directeur de ***DRJSCP*** *ou son représentant, président*

2°Un médecin ;

3°Deux cadres infirmiers, dont l'un exerce ses fon ctions dans un établissement médico-social ou de santé, et l'autre dans un institut de formation en soins infirmiers

4°Un infirmier exerçant à titre libéral ;

5° Un représentant du conseil régional de l'ordre des infirmiers.

Lorsque le demandeur est titulaire d'un diplôme permettant l'exercice des fonctions soit d'infirmier anesthésiste, soit d'infirmier de bloc opératoire, soit de puéricultrice, la commission est complétée par deux infirmiers titulaires du diplôme d'Etat correspondant, dont un au moins participe à la formation préparatoire à ce diplôme. Par ailleurs, le médecin sera de la spécialité concernée.

Les membres de la commission sont nommés par arrêté du directeur de DRJSCP, pour une durée de cinq ans renouvelable.

Des suppléants, en nombre égal au nombre des titulaires, sont désignés dans les mêmes conditions que ceux-ci. Ils siègent aux séances de la commission en l'absence du titulaire.

Le président a voix prépondérante en cas de partage égal des voix.

Art. R. 4311-35-2 La Direction générale de la jeunesse, de sports et de la cohésion sociale assure le secrétariat de la commission. »

« Art. R. 4311-36.-L'épreuve d'aptitude a pour objet de vérifier au moyen d'épreuves écrites ou orales que l'intéressé fait preuve d'une connaissance appropriée des matières figurant au programme du titre de formation permettant l'exercice de la profession en France, qui ne lui ont pas été enseignées initialement ou qu'il n'a pas acquises au cours de son expérience professionnelle. « Le stage d'adaptation a pour objet de permettre aux intéressés d'acquérir les connaissances définies à l'alinéa précédent. Il comprend un stage pratique effectué sous la responsabilité d'un professionnel qualifié, accompagné éventuellement d'une formation théorique complémentaire

Art. R. 4311-37 *Sont fixées par arrêté du ministre chargé de la santé :*

1° ***La composition du dossier produit à l'appui de la demande d'autorisation ;***

2°Les modalités d'organisation et la composition d u jury de l'épreuve d'aptitude ;

3°Les modalités d'organisation et d'évaluation du stage d'adaptation ;

4° Les modalités du contrôle des connaissances linguistiques.

.« ***Paragraphe*** **2 - Libre circulation de service**

Art. R. 4311-38.- La déclaration prévue à l'article L. 4311-22 est adressée avant la première prestation de services au Conseil national de l'ordre. « Le caractère temporaire et occasionnel de la prestation de services est apprécié au cas par cas, notamment en fonction de sa durée, de sa fréquence, de sa périodicité et de sa continuité. « Cette déclaration comporte les renseignements relatifs à l'état civil, à la nationalité, aux qualifications professionnelles, à l'assurance professionnelle et au lieu d'exécution de la première prestation de services. Elle atteste de l'établissement légal et de l'absence d'interdiction temporaire ou définitive d'exercer.

« Dans un délai d'un mois à compter de la réception de la déclaration *et des pièces justificatives qui l'accompagnent, le Conseil national de l'ordre informe le prestataire du résultat de l'examen de ses qualifications professionnelles et, le cas échéant, du résultat du contrôle de ces dernières.*

« Dans ce même délai, le Conseil *national de l'ordre peut demander un complément d'information au prestataire ou à l'autorité compétente de l'Etat d'établissement. Le prestataire est informé du délai dans lequel interviendra la décision, qui ne peut excéder un mois.*

« Si cette vérification met en évidence une différence substantielle entre les qualifications professionnelles du prestataire et la formation exigée *en France, le Conseil national de l'ordre demande à l'intéressé de démontrer qu'il a acquis les connaissances et compétences manquantes, notamment en le soumettant à une épreuve d'aptitude.*

« S'il satisfait à cette mesure, la prestation de services peut commencer. Dans le cas contraire, le Conseil national de l'ordre l'informe *qu'il ne peut réaliser de prestations de services. « En l'absence de réponse du Conseil national de l'ordre dans les délais fixés aux alinéas ci-dessus, la prestation de services peut débuter.*

« Le Conseil national de l'ordre enregistre le prestataire sur une liste particulière, lui adresse un récépissé comportant son numéro *d'enregistrement dans un délai d'un mois et l'informe de la nécessité de s'adresser à l'organisme national d'assurance maladie compétent.*

« La déclaration est renouvelable tous les ans. En cas de changement dans sa *situation, le prestataire déclare ces modifications et fournit le cas échéant les pièces mentionnées par l'arrêté prévu à l'article R. 4311-41-2.*

« Art. R. 4311-39.-Le prestataire de services informe au préalable l'organisme national d'assurance maladie compétent *de* sa prestation par l'envoi d'une copie du récépissé mentionné à l'article R. 4311-38 ou par tout autre moyen.

« Art. R. 4311-40.-L'infirmier ou l'infirmière prestataire de services est soumis à la chambre disciplinaire du conseil régional ou interrégional de l'ordre dans le ressort duquel il exécute les actes professionnels. Lorsqu'un prestataire de services est traduit devant un conseil régional ou interrégional, ce conseil *en avise sans délai le Conseil national de l'ordre de la profession concernée. « Dans le cas où plusieurs conseils sont simultanément saisis de plaintes contre un prestataire de services, le conseil national de la profession concernée désigne le conseil qui statue sur les plaintes.*

« Art. R. 4311-41.-L'autorité compétente de l'Etat dans lequel est établi le prestataire de services est immédiatement *informée* de la sanction prise à son encontre.

« Art. R. 4311-41-1.-En cas de doute sur les connaissances linguistiques nécessaires *à l'exercice de la profession, le président du Conseil national de l'ordre ou son représentant vérifie le caractère suffisant de la maîtrise de la langue française.*

« Art. R. 4311-41-2.-Sont fixés par arrêté du ministre chargé de la santé : « 1° Le modèle de la déclaration, ainsi que la liste des pièces justificatives qui l'accompagnent ; « 2° Les modalités du contrôle *des* connaissances linguistiques ; « 3° Les informations à renseigner dans les relevés statistiques. »2° Il est ajouté à la section 4 un article R. 4311-52-1 ainsi rédigé :

« Art.R. 4311-52-1.-En cas de doute sur les connaissances linguistiques nécessaires à l'exercice de la profession, le président du conseil départemental de l'ordre ou son *représentant* vérifie, lors de l'inscription, le caractère suffisant de la *maîtrise de la langue française. « Une nouvelle vérification* peut être faite à la demande du conseil départemental de l'ordre ou de l'intéressé par le président du conseil régional de l'ordre ou son représentant.

COMMENTAIRES :

*1 - Le législateur fait une distinction entre l'infirmier de l'Union européenne souhaitant un « **Libre établissement** » et l'infirmier en « libre prestation de service» dont la compétence sera appréciée par le Conseil de l'ordre infirmier.*

***Ce décret fait déjà l'objet de modification** indiquée dans le texte en caractères italique pour mise en conformité avec les lois et règlements récemment adoptés.** (Nouveau décret en préparation).*

- ***Transfert de compétence du préfet de région au directeur de la Direction générale de la jeunesse, de sports et de la cohésion sociale***

- La composition de la commission des infirmiers comprend désormais en plus des membres habituels un représentant du conseil régional de l'ordre des infirmiers – en conformité avec les textes se référant à la création de l'ordre des infirmiers. Cette présence confirme la présence accrue de l'ordre dans toutes les instances

Si le demandeur appartient à une spécialité infirmière, infirmier anesthésiste en particulier l'adjonction à la commission de deux infirmiers de la spécialité concernée donc deux IADE et d'un médecin anesthésiste pour les infirmiers anesthésiste*

Il est à noter que des infirmiers anesthésistes peuvent venir à titre temporaire exercer en France.

- La commission est nommée par arrêté du directeur général de l'ARS pour 5 ans. Si les membres autres que les deux infirmiers spécialisés ne sont pas compétents pour l'examen du dossier, ce caractère rigide peut poser des problèmes dans certains cas, surtout pour les IADE qui une fois intégrée ont les mêmes droits que les l'infirmiers anesthésistes titulaire du diplôme d'Etat français ;
- Le dossier est produit à l'appui d'une demande d'autorisation
- Les modalités du contrôle des connaissances linguistiques est maintenu, ceci constitue une évolution car dans le passé cette obligation de maîtrise de la langue n'était pas une obligation

Pour la ***« libre prestation »*** *soit l'installation en* tant *que libérale, le candidat est soumis une procédure, au terme de laquelle, si il est admis à exercer il obtient les mêmes droits et soumis aux mêmes devoirs que les infirmiers libéraux français.*

Concernant la « libre prestation de service », c'est l'ordre qui décide de la compétence à exercer en France. Si des infirmiers spécialisés (IADE) sont candidats nous ignorons tous des mesures particulières qui devraient être mises en place.

Source :

* décision communiquée lors du HCPP du 21/10/2009

**loi 2005-32 du 18 janvier 2005 de programmation pour la cohésion sociale

**Décret n° 2009-214 du 23 février 2009 modifiant la réglementation des activités privées de sécurité et portant transposition, pour ces activités, de la directive 2005/36/CE du Parlement européen et du Conseil du 7 septembre 2005 relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles - Article 5 et 17

RAPPORT PROVISOIRE DE L'IGAS CONCERNANT LA PRISE EN CHARGE D'UN PATIENT PAR LE SAMU 91 - dans nuit du 27 décembre 2008 - (Mars 2009)

Synthèse faite par Dominique ANGER
DSSI – Hôpital Tenon – Paris

La mort d'un patient au cours de sa prise en charge par le SMUR le 28 décembre 2008 a mis en cause le manque de clarté dans la disponibilité des lits de réanimation. L'Inspection générale de la santé (IGAS) a diligenté une enquête afin de comprendre le mécanisme qui est à l'origine de cet accident. La mission de l'IGAS présente donc dans un rapport ses premières conclusions sur la prise en charge d'un homme de 56 ans, décédé à 6H15, le 28 décembre 2008 alors que son épouse avait appelé les pompiers le 27 décembre 2008 à 23H53.
Un lit de réanimation a été trouvé 34 minutes après que l'indication de réanimation a été posée par le médecin du SMUR lors de la prise en charge de ce patient. Des divergences d'appréciation médicales successives et plusieurs dysfonctionnements organisationnels ont retardé la mise en place de la solution opérationnelle cible, l'admission dans un service de réanimation...
La mission reconnaît qu'il n'y a pas eu dans ce cas précis de « perte de chance » pour le patient. Les techniques de réanimation mises en place et en continue de la prise en charge initiale à l'heure du décès, de façon professionnelle par l'équipe du SMUR, étaient parfaitement adaptées
Elle relève une série de dysfonctionnements systémiques qui ont conduit l'équipage à errer plusieurs heures entre différents hôpitaux et plateaux techniques. Elle émet donc 9 recommandations.

LES DYSFONCTIONNEMENTS

1 - Le problème de la qualité des transmissions cliniques entre médecins

- Problème de la qualité des transmissions cliniques entre médecins réanimateurs, urgentistes, régulateurs et médecins du plateau technique de coronarographie (dans le cas présent : 12 médecins).
- Le médecin régulateur doit être recentré sur l'évaluation initiale des moyens nécessaires dans la prise en charge.
- Le médecin SMUR doit ensuite être en contact direct avec le médecin réanimateur hospitalier responsable de l'admission du patient, afin de supprimer le risque lié à l'altération des informations par les tiers intervenants dans ce processus (médecins, internes du plateau technique…)
- Le médecin régulateur doit être allégé de la recherche téléphonique de lits qui peut être déléguée à un standardiste, pour être « utilisé sur sa fonction supérieure de médecin ».
- Le régulateur doit avoir le moyen d'entrer en contact par ligne directe avec les services de réanimation et plateaux techniques, le standard n'ayant pas répondu dans les temps requis dans ce cas, et le SAMU étant dans « l'ignorance » des numéros d'appels directs des services.
- A noter qu'un plateau technique contacté était dans l'impossibilité d'exécuter une coronarographie faute d'infirmière spécialisée disponible.

2 - La méthode de recherche des lits disponibles

- Elle souligne que la méthode de recherche des lits par le SAMU est artisanale.
- Les SAMU départementaux de la région Ile de France n'ont pas une vision globale des lits disponibles de réanimation. Le dispositif électronique CAPRI, qui permet de connaître les lits disponibles sur les 8 départements, n'étant pas opérationnel, la plupart des hôpitaux ne l'ayant pas renseigné ! Ce qui a amené le SAMU 91 à rechercher de manière empirique les lits par appels successifs des établissements de la région.
- Les « acteurs sont cloisonnés, et font preuve d'une absence de pro-activité surprenante », les SAMU 75, 77 contactés par le SAMU 91 ne l'ayant pas aidé à trouver un lit de réanimation avec plateau technique adapté.

3 - L'organisation de l'accueil du SMUR insuffisante dans l'établissement

- Pas d'équipe pour accueillir les SMUR à son arrivée, pas de signalétique claire pour signaler le plateau technique, des accès complexes… une entrée impraticable de nuit, un vigile non prévenu…
- La mission relève le « sang froid et la ténacité remarquable du médecin du SMUR pour se repérer dans l'hôpital et trouver la salle de coronarographie »
- Pas de note de service indiquant la conduite à tenir pour les personnels soignants et administratifs lorsque l'arrivée d'un SMUR est annoncée
- L'ambulancier SMUR ne dispose pas de formation et de cartographie électronique pour se repérer dans les hôpitaux.

LES RECOMMANDATIONS DE LA MISSION IGAS

Recommandation médicale :

1 - Il est demandé à un SAMU volontaire d'expérimenter la mise en relation téléphonique directe entre le médecin SMUR et le médecin hospitalier responsable de l'admission chaque fois que survient une divergence d'appréciation médicale sur la conduite à tenir

Recommandations sur l'organisation médico-administrative

2 - Diffuser les instructions nécessaires « au renseignement sincère et en temps réel » de l'outil CAPRI

- Parfaire le dispositif d'information sur les lits disponibles en réanimation et cardiologie interventionnelle en temps réel.
- Connaissance en temps réel des lits disponibles : c'est-à-dire disposant du personnel nécessaire pour prendre en charge un patient.
- La mission réclame des instructions fermes par les autorités de tutelle aux services de réanimation pour renseigner l'outil CAPRI.
- « Le renseignement sincère de l'outil participe à l'assistance à personne en danger » et nécessite discipline.

3 - Doter les SAMU d'un outil électronique donnant la cartographie de l'offre de soins, y compris l'association des services lorsqu'un plateau pluridisciplinaire doit être mobilisé.

4 - Doter les SAMU d'un annuaire électronique à jour des services des établissements de soins.

- Modifier les conditions de réception des appels par le standard.
- Etudier les conditions dans lesquelles les SAMU pourraient être raccordés aux services hospitaliers par une ligne rouge dédiée.

5 - Décloisonner l'organisation des urgences en région parisienne en étudiant les conditions de création d'une organisation centralisée au niveau régionale

6 - Réexaminer le périmètre d'intervention du médecin régulateur pour concentrer son intervention sur les questions médicales

7 - Demander aux établissements de soins d'adapter au cas particulier de leur établissement, « un protocole type d'accueil des patients transportés par le SMUR », il serait élaboré par la DHOS.

- Intégrer l'évaluation de la mise en œuvre de ce protocole dans la procédure de certification des établissements de santé par la Haute Autorité de Santé (HAS)

8 - Former les ambulanciers à la connaissance des accès aux services hospitaliers de jour comme de nuit, et équiper les camions d'une cartographie électronique permettant de guider l'ambulancier y compris à l'intérieur de l'enceinte des établissements.

9 - Vérifier que la répartition spatiale des lits de réanimation et des plateaux techniques est optimale en IDF.

- « L'abondance, la sous spécialisation au sein de la discipline, l'éparpillement géographique, ne favorisent pas l'accueil du patient marginal, le cas échéant non désiré, le réanimateur contacté pouvant considérer que le médecin réanimateur finira bien par trouver un lit dans un des multiples autres services de la discipline »

OBSERVATION du SNIA

Le rapport de la mission est remarquable par l'analyse de terrain réalisée. Les IADE exerçant en SMUR sont fréquemment confrontés à ce type de situation. Au-delà d'avoir mis le doigt sur un manque de transmission d'informations cliniques entre médecins, il met l'accent également sur le manque d'organisation soignante, le manque de « pro-activité » dans l'accueil d'un patient arrivant par SMUR qui ne peut qu'interpeller les équipes soignantes, lesquelles pourront être accusées clairement de non assistance à personne en danger si elles ne mettent pas en place des protocoles de soins et d'organisation adaptés à cette prise en charge en urgence.

ASSURANCE ET CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE

L'inscription au conseil de L'Ordre national infirmier est une obligation légale pour avoir le droit d'exercer la profession d'infirmier. Suite à la pertinente question d'un collègue relative à l'attitude des assureurs en cas de contentieux, nous avons interrogé l'AIAS et la MACSF (anciennement Sous Médical). *Les deux assureurs sont unanimes*.

En cas de contentieux, les infirmiers anesthésistes à jour de leur police mais ne figurant pas au tableau départemental de l'ordre infirmier ne pourront pas prétendre à l'assistance de leur assureur.

La MACSF a précisé, que l'inscription au conseil de l'ordre infirmier figure dans l'article 1 de leur contrat ; obligation légale au même titre que la possession du diplôme d'Etat. Une période probatoire sera respectée en attendant que le conseil de L'ONI ait établi ses fichiers ;

Dans ce contexte, faut-il s'assurer ? Oui !!!

Le risque est trop grand en cas de litige avec votre administration ou de contentieux suite à un accident de vous retrouver à tout prendre en charge et finalement d'être mal défendu, d'autant que l'hôpital peut se réfugier derrière la même allégation. La cotisation à l'ordre est individuelle donc de votre seule responsabilité.

Réponse par mail de l'AIAS

Madame,
Suite à notre conversation téléphonique du 7 octobre dernier, nous vous prions de bien vouloir trouver, ci-dessous, la réponse apportée par notre partenaire assureur, la SHAM :

"Nous vous confirmons que l'inscription au tableau de l'Ordre et le règlement des charges correspondantes est une obligation légale pour chaque infirmier, quel que soit son statut (article L. 4311-15 CSP), sanctionnée par le délit d'exercice illégal de la profession (art. L.4314-4 CSP).

Nous vous précisons en effet qu'en cas de poursuites pénales pour exercice illégal, notre contrat n'aurait pas vocation à garantir, au titre de la protection juridique, les infirmier(e)s mis en cause dans la mesure où nous serions en présence d'une faute intentionnelle.

Par ailleurs, sur le plan indemnitaire, les garanties attachées au contrat d'assurance « responsabilité civile » souscrit par l'intermédiaire de l'AIAS ne saurait profiter aux infirmiers libéraux et salariés non inscrits à l'Ordre (art. 3 des Conditions générales).

Ceci étant, nous vous précisons que les actes infirmiers réalisés par vos adhérent(e)s dans le temps de l'enregistrement par l'Ordre de leur demande d'inscription, auront vocation à être couverts au titre des contrats d'assurance « responsabilité civile » et « protection juridique » souscrits par l'AIAS auprès de notre Mutuelle.

Nous vous indiquons enfin, à toutes fins utiles, que, le directeur de l'établissement qui les emploie est en droit, en sa qualité d'autorité hiérarchique, d'engager des procédures disciplinaires à l'égard des infirmiers salariés qui ne remplissent pas les conditions légales d'exercice de leur profession.

Nous restons à votre disposition pour toute information complémentaire et vous prions d'agréer, Madame, l'assurance de nos sentiments distingués.

Anne-Sophie MAZEIRAT - Juriste SHAM
Tél. direct : 04 72 75 58 10 Fax.: 04 72 74 22 32
annesophie.mazeirat@sham.fr
Restant à votre disposition pour tout complément d'information,
Meilleures salutations.
Marie-B GRAVIER - Gestionnaire A.I.A.S. - 04.50.45.10.78.

Réponse par courrier de la MACSF voir au verso

Contact & nous
www.macsf.fr
@ Votre identifiant Internet:
4985257 – 58
☎ **3233* ou 01 71 14 32 33**
* Prix d'appel local à partir d'un poste fixe. Ce tarif est susceptible d'évoluer en fonction de l'opérateur utilisé.

Direction du Risque Médical
et de la Protection Juridique
Service Souscription & suivi des contrats
Responsabilité Civile Professionnelle
Gestionnaire PATRICK GROSIEUX
N° Sociétaire 4985257
Télécopie 01-71-23-85-58

MME SAGET MARIE-ANGE
PRESIDENTE DU SNIA
157, RUE LEGENDRE
75017 PARIS

La Défense, 19/10/2009

Madame la Présidente,

Nous accusons réception de votre correspondance du 14 octobre 2009 nous interrogeant sur la position qu'adopterait notre Mutuelle en cas de déclaration de sinistre mettant en cause un infirmier anesthésiste diplômé d'Etat (IADE) qui ne serait pas inscrit à l'Ordre national des infirmiers ou qui refuserait délibérément de s'y inscrire.

Les dispositions générales de notre contrat responsabilité civile professionnelle (RCP) précise explicitement que cette garantie couvre l'infirmier « *dans l'exercice légal de sa profession* ». Dans la mesure où les infirmiers qui exercent leur profession sont désormais légalement tenus d'être inscrits au tableau de l'ordre de leur département, c'est logiquement que le Sou Médical - Groupe MACSF refusera sa garantie en cas sinistre.

Espérant avoir répondu à votre demande, nous vous prions de croire, Madame la Présidente, à l'assurance de nos sentiments distingués.

Le Service de Souscription
Responsabilité Civile Professionnelle

MACSF assurances - Société d 'Assurances Mutuelle - Entreprise régie par le Code des Assurances – Adresse Postale : 10 cours du Triangle de l'Arche, TSA 40100, 92919 LA DEFENSE CEDEX – Siège social : cours du Triangle, 10 rue de Valmy, 92800 PUTEAUX – SIREN N°775 665 631 – N° TVA intra-communautaire FR79775665631 - Tél 32.33

LE SOU MEDICAL - Société Médicale d'Assurances et de Défense Professionnelles - Société d'Assurance Mutuelle – Entreprise régie par le Code des Assurances - Siège Social:Cours du Triangle,10 cours de Valmy,92800 PUTEAUX–784 394 314 00032 RCS NANTERRE-CODE APE:6512Z-N°TVA intra-communautaire FR08784394314-Tél.32.33

Actualités

Lundi 21 septembre 2009

Les cadres de santé peuvent refuser de s'inscrire à leur ordre professionnel

Le tribunal de grande instance de Toulouse vient de débouter le conseil départemental de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes de Haute-Garonne qui poursuivait deux cadres masseurs du CHU de Toulouse refusant de prêter serment.

Deux cadres de santé masseurs-kinésithérapeutes hospitaliers, ayant des fonctions d'encadrement et de formation et n'exerçant aucun acte relevant d'un masseur-kinésithérapeute, ont refusé de prêter serment. Ils ont été poursuivis par le conseil départemental de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes de Haute-Garonne, que le tribunal de grande instance de Toulouse vient de débouter. Le tribunal s'est appuyé sur le *décret du 3 novembre 2008* fixant les conditions d'exercice de la profession de masseur-kinésithérapeute, ainsi que sur le *décret du 21 janvier 1997* relatif aux modalités des élections aux différents conseils de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes.

Cette décision implique que les cadres de santé et cadres supérieurs de santé n'ont pas à être ni inscrits, ni électeurs, ni élus des ordres professionnels. Il est donc nécessaire de revoir le fonctionnement actuel des ordres et les représentations existantes.

Le syndicat professionnel Alize regroupant les masseurs-kinésithérapeutes du secteur public et privé indique : "Par son jugement en date du 28 mai 2009, le président du tribunal de Toulouse confirme ce que nous déclarons depuis longtemps. Les cadres de santé font un autre métier que les professionnels de la filière dont ils sont issus. La loi indique sans ambiguïté, et dans le principe même de l'existence d'un ordre, qu'un ordre n'est constitué que d'une seule, unique et même profession. L'ordre est celui des seuls kinésithérapeutes à l'exception de ceux relevant du service de santé des armées." Par ailleurs, *les sénateurs ont voté un amendement à la loi HPST qui autorise le regroupement de conseils départementaux de l'ordre des infirmiers, des masseurs-kinésithérapeutes et des conseils régionaux de l'ordre des pédicures podologues dans les cas où la faiblesse de la situation de la démographie de ces professions rendrait difficile le fonctionnement des instances ordinales locales.*

Source : *Ordonnance du 28 mai 2009 du tribunal de grande instance de Toulouse*

mardi 29 septembre 2009

Les comités techniques d'établissement risquent de perdre en influence

L'application de la loi HPST pourrait remettre en question la compétence générale des comités techniques d'établissement, qui ne seraient plus saisis sur certaines questions stratégiques. Cela aurait un impact négatif sur le dialogue social.

Jusqu'en 2005, les attributions des comités techniques d'établissement (CTE) étaient définies dans la partie législative du code de la santé publique. Depuis 2006, il convient de se référer à l'article *R6144-40 de ce code*, de nature réglementaire, aux termes duquel les CTE exercent une double compétence consultative : une compétence générale, dès lors qu'il est saisi des projets de délibération du conseil d'administration ; une compétence plus spécialisée sur des questions afférentes à la politique sociale et à la gestion collective des personnels non-médicaux.

Le conseil supérieur de la fonction publique hospitalière a été saisi du projet de décret d'application de la *loi HPST n° 2009-879 du 21 juillet 2009* déterminant les attributions des comités techniques d'établissement. Suivant le projet de décret, ce second volet ne devrait pas être modifié, le CTE continuant à se prononcer sur : les conditions et l'organisation du travail ; la politique de formation et les plans de formation ; les critères de répartition des primes de service ou de technicité.

En revanche, se pose la question de la compétence générale du fait de l'éclatement des compétences actuelles du conseil d'administration entre le conseil de surveillance (aux attributions réduites à la stratégie et au contrôle) et le directeur en sa qualité de président du directoire. Dans le domaine, le CTE serait saisi pour avis sur :

le bilan social et la politique d'intéressement ;

le plan de redressement présenté par le directeur sur injonction de l'Agence régionale de santé ;

l'organisation interne de l'établissement (composition des pôles d'activités et des structures internes, cliniques, médico-techniques, mais aussi administratives et logistiques).

Sur certaines questions plus stratégiques, telles que la conclusion du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM), l'état prévisionnel d'objectifs et de moyens (EPRD) et l'adhésion de l'établissement aux réseaux de santé ou la constitution des réseaux de santé, des communautés hospitalières de territoire ou des groupements de coopération sanitaire (GCS), le CTE ne serait plus consulté mais seulement informé.

Le périmètre du dialogue social se restreindrait donc, et il serait peu compréhensible que les partenaires sociaux ne souhaitent pas s'exprimer fortement sur des questions aussi fondamentales dans leur impact sur le personnel non-médical que les procédures budgétaires ou les organisations interhospitalières. Par ailleurs, l'architecture de ce décret pourrait être transposée à celui fixant les attributions des commissions médicales d'établissement

Mercredi 30 septembre 2009

La réforme relative au diplôme d'Etat d'infirmier entre en vigueur dès la rentrée 2009 dans les Instituts de formation en soins infirmiers. Cette réforme professionnalise les études et accorde le grade de licence aux diplômés.

Malgré une publication tardive au Journal officiel, la réforme entre bien en vigueur à la rentrée 2009 dans les Instituts de formation en soins infirmiers (Ifsi). Initiée en avril 2006, cette réforme détaillée dans *l'arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier* (JO du 07 août 2009) vise notamment à rendre plus attractive la profession.

Les différentes mesures vont dans le sens d'une ***professionnalisation des études***, avec par exemple un allongement de la durée des stages, un travail sur les situations ou encore l'auto-évaluation. L'approche par compétences a abouti à un référentiel de compétences des infirmiers, *en annexe de l'arrêté du 31 juillet*. Le texte permet aussi l'application des modalités de la réforme LMD prévue par les accords de Bologne, disposition validée par le Conseil national de l'enseignement supérieur et de la recherche (CNESER) le 21 septembre. Les infirmiers bénéficieront désormais du grade de licence.

Collaboration avec l'université

Pour obtenir leur diplôme, les étudiants devront valider 180 crédits européens ECTS (European credits transfer system), sur une durée de six semestres, soit six mois de moins qu'auparavant. L'étudiant qui souhaite se réorienter pourra bénéficier d'une étude de son capital acquis en ECTS. La réforme crée également de nouvelles passerelles avec les sages-femmes, médecins, étudiants en médecine, etc. Les aides-soignants et auxiliaires de puériculture, ayant une expérience de trois ans en équivalent temps plein, se verront dispenser de scolarité pour certains enseignements, sous réserve d'avoir réussi un examen d'admission spécifique.

Par ailleurs, la réforme initie une collaboration avec l'université qui se fera progressivement, grâce à la signature de conventions entre des universités et des regroupements d'Ifsi via des groupements de coopération sanitaire (GCS).

Textes de référence :

Arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier paru le 7 août au JO

Annexe I de l'arrêté du 31 juillet relatif au diplôme d'Etat d'infirmier

Mercredi 7 octobre 2009

Le gouvernement souhaite une mise en application rapide de la loi HPST

D'ici à juin 2010, tous les décrets d'application de la loi "Hôpital, patients, santé et territoires" devront être promulgués, d'après l'annonce de Roselyne Bachelot en conseil des ministres.

Lors du conseil des ministres du 30 septembre, Roselyne Bachelot, ministre de la santé, a annoncé que les 150 textes d'application de la *loi "Hôpital, patients, santé et territoires" du 21 juillet 2009* seront publiés avant juin 2010, soit moins d'un an après la promulgation de la loi.

D'ici à la fin de l'année 2009, cela concerne les textes relatifs à la réforme de la gouvernance des établissements publics de santé, aux mesures permettant d'améliorer l'accès aux soins, aux mesures de santé publique touchant à la consommation d'alcool et de tabac et à la création des agences régionales de santé, dont les futurs directeurs ont été nommés.

Les textes relatifs au conseil de surveillance, au directoire et au président de la communauté médicale d'établissement devraient paraître dès la mi-octobre, de même que ceux relatifs à la permanence des soins et au contrat santé solidarité.

Vendredi 9 octobre 2009

Suppression programmée de la retraite d'office pour les infirmiers

La retraite d'office à 55 ou 60 ans de certains fonctionnaires, dont les infirmiers, vit ses derniers mois. *Les agents pourront poursuivre leur activité professionnelle jusqu'à 65 ans.*

Un projet de décret, présenté le 5 octobre dernier par Éric Woerth au Conseil supérieur de la fonction publique de l'État prévoit de mettre fin à la mise à la retraite d'office des agents civils de catégorie active (les infirmières, policiers, douaniers, pompiers et instituteurs) à 55 ou 60 ans, en leur permettant de poursuivre leur activité professionnelle jusqu'à 65 ans. Ceci à compter du 1er janvier 2010 et "sur une base volontaire et sous réserve de l'aptitude physique à occuper le poste".

Le fonctionnaire qui souhaitera poursuivre son activité devra faire une demande six mois avant la date de sa limite d'âge. Si elle est acceptée, il pourra cependant "à tout moment" demander à être admis à la retraite avant l'âge de 65 ans, indique le

texte. Si, au cours de la période de prolongation, l'aptitude physique de l'agent est remise en cause, l'autorité administrative pourra y mettre fin.
Ecrit par : Christophe Belleuvre / Diagora Press

Mardi 13 octobre 2009

Un pas de plus pour les projets de coopération

La DHOS va piloter une démarche nationale de préfiguration et d'accompagnement des projets de coopération déjà identifiés par les ARH. Des précisions ont été apportées concernant les critères d'élégibilité des projets et leur financement.
Dans le but "de concevoir un dispositif pragmatique pour le développement des nouveaux instruments de coopération et de préparer les textes d'application de la loi HPST", la DHOS a mis en place une démarche nationale de préfiguration et d'accompagnement des projets de coopération déjà identifiés par les agences régionales de l'hospitalisation (ARH).
Selon la *circulaire du 21 septembre 2009*, le pilotage de cette démarche sera assuré par la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS). Elle associera les représentants des régions concernées, l'agence nationale pour l'appui à la performance hospitalière (Anap), les fédérations représentatives des établissements de santé et des représentants des usagers. La circulaire apporte aux directeurs des ARH des précisions relatives aux critères d'éligibilité et de suivi des projets déjà en cours des établissements de santé ainsi qu'aux modalités de leur financement.
A cette fin, la DHOS a souhaité rappeler les deux principaux objectifs de la révision du cadre juridique des groupements de coopération sanitaire de droit public ou de droit privé (GCS) et de la création des communautés hospitalière de territoire (CHT) : "conjuguer au mieux proximité, qualité et sécurité, grâce à une gradation des soins et à la recherche de complémentarités entre établissements", permettant "l'amélioration du parcours de soins du patient entre l'hôpital, la médecine de ville, les soins de suite et les institutions sociales et médico-sociales" ; renforcer la "démarche de performance dans laquelle doivent s'inscrire l'ensemble des établissements".
Il est ainsi précisé que les CHT, conclus entre établissements publics, visent principalement à fédérer des établissements disposant d'une capacité totale de 400 à 600 lits MCO (médecine chirurgie obstétrique), "afin de gérer au mieux les autorisations d'activité de soins tout en gardant la capacité de travailler ensemble efficacement". Pourront s'y adjoindre un hôpital local et/ou un établissement de soins de suite et de réadaptation ou de long séjour d'un territoire de santé. En revanche, la participation d'un CHU doit rester "exceptionnelle".

Textes de référence
Loi n° 2009-8789 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST)
Circulaire du 21 septembre 2009 relative au financement par le fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP) 2009 de projets *visant à favoriser les coopérations entre établissements de santé*

Mercredi 14 octobre 2009

Les défis et enjeux du management des seniors

Selon une étude menée auprès de responsables Ressources humaines (RH) des trois fonctions publiques, la question du management des seniors n'est aujourd'hui guère prise en compte dans les stratégies et les politiques de ressources humaines.
Un enjeu pourtant majeur.
Une enquête du cabinet de conseil Eurogroup et de l'Association des anciens élèves de l'ENA (AAEENA), menée auprès de responsables RH des trois fonctions publiques, dévoile la piètre performance française qui ne sait pas, ou sait mal, utiliser le potentiel de ses travailleurs seniors. Avec un taux d'emploi de 38 %, la France est largement en deçà de la moyenne européenne de 44,7 %.
La démographie de la fonction publique est pourtant en alerte avec un vieillissement rapide des agents. Selon l'OCDE, l'âge moyen dans le secteur public augmente d'un an tous les deux ans et demi. La moyenne d'âge dans le public est par ailleurs de sept ans plus élevée que dans le privé. Dans la fonction publique d'État comme dans la territoriale, les agents de plus de 50 ans représentent près d'un tiers des effectifs. Et avec l'allongement des carrières, on sera senior de plus en plus longtemps. Si on ajoute à cela que la réforme des politiques publiques (RGPP) n'incite guère à recruter, "certaines administrations sont véritablement en voie de séniorisation", s'inquiète l'étude Eurogroup.
Agir sur les représentations
Le vieillissement de la fonction publique va poser trois séries de difficultés. Financières, d'abord car plus d'agents seniors, mais aussi du point de vue du renouvellement des compétences si les prochains départs massifs ne sont vus que "dans l'optique d'une réduction des effectifs". Et enfin, des difficultés d'ordre social liées à des besoins collectifs d'allongement du travail en contradiction avec des aspirations individuelles visant à partir "tôt".
Dès lors, le temps est venu d'améliorer la gestion des seniors. À ce titre, les auteurs de l'étude

présentent *"six convictions*" à mettre en œuvre, dès aujourd'hui. Il s'agit d'abord d'appliquer le *principe de non-discrimination* et de ne pas faire des seniors une catégorie à part. Le management des seniors doit être envisagé comme l'une des composantes d'un enjeu plus vaste : le management des âges. "Cela implique également d'agir sur les représentations", souligne l'enquête.
Deuxième conviction, *intégrer pleinement le management des âges à la stratégie* RH de l'administration ou du service tout en adaptant (c'est la troisième conviction) les outils existants ou en en créant de nouveaux pour offrir un panel de trajectoires professionnelles selon les aspirations et besoins de chacun. "Ces outils sont et doivent toutefois rester des moyens au service d'une stratégie", insistent les auteurs.
Télétravail et responsabilisation
L'amélioration de la gestion des seniors passe ensuite par la nécessité de *favoriser l'actualisation et le renouvellement de leurs compétences*, au même titre que les autres agents, ainsi que l'adaptation de leur fin de carrière aux besoins des services. Cinquième conviction : élaborer des *politiques* RH *ciblées sur les questions de la pénibilité* et du vieillissement physique et psychologique. Ce qui peut se concrétiser par le développement du télétravail ou le déploiement d'un volet seniors dans le cadre de la lutte contre les TMS et le stress au travail.
Et enfin, dernière conviction développée par l'étude : *responsabiliser les seniors dans la construction de leur fin de carrière*. En pratique, l'autorité peut lier le rachat de trimestres aux objectifs annuels de l'agent ou encore proposer des entretiens systématiques et réguliers.

Texte de : Franck Vercuse / Diagora Press
Réf. : "Le management des seniors dans la fonction publique", étude du cabinet de conseil Eurogroup et l'AAEENA, septembre 2009.

Lundi 19 octobre 2009
Le taux de contribution au centre national de gestion prend la valeur de 0,03 % de la masse salariale pour l'année 2009. Ce chiffre en forte augmentation semble traduire les nouvelles charges du CNG liées à la loi HPST.
Pour l'année 2009, le taux de la contribution au centre national de gestion prend la valeur de 0,03 % de la masse salariale des personnels employés par l'établissement au 31 décembre 2009. Ce taux, qui vient d'être publié par un arrêté en date du 6 octobre, est en forte augmentation (300%) par rapport à la valeur de 2008 (0,009 %). Il semble traduire les nouvelles charges confiées au centre national de gestion par la loi "Hôpital, patients, santé, territoires".
L'article 116 de la loi 86-33 du 9 janvier 1986, dite "loi Le Pors", a fixé, pour tout établissement hospitalier, une contribution au centre national chargé de la gestion des personnels de direction de la fonction publique hospitalière et des praticiens hospitaliers. Le taux de cette contribution est fixé chaque année par arrêté des ministres chargés de la santé et des affaires sociales dans la limite de 0,15 %.
Texte de référence
Arrêté en date du 6 octobre fixant pour l'année 2009 le taux de la contribution visée au premier alinéa de l'article 116 de la loi no 86-33 du 9 janvier 1986 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière

mercredi 21 octobre 2009
Le CISS recommande de mieux encadrer la télémédecine.
Le Collectif inter associatif sur la santé vient de publier sept recommandations prioritaires pour un développement "serein" de la télémédecine. Le CISS insiste notamment sur le caractère subsidiaire de l'acte de télémédecine.
Missionné par la ministre de la Santé, le Collectif inter associatif sur la santé (CISS) vient de présenter ses recommandations prioritaires pour permettre le développement "serein" de la ***télésanté*** et de ***la télémédecine***.
La télémédecine s'inscrit désormais dans un cadre législatif depuis la loi HPST, avec l'ajout de l'article L. 6316-1 relatif à la télémédecine dans le chapitre VI du titre Ier du code de la santé publique. Cependant, le CISS a relevé différents freins à cette tendance, comme les incertitudes juridiques (dans l'attente des décrets d'application), les financements insuffisants, le niveau technologique ou encore la crainte des usagers. Pour lever ces freins et s'inscrire dans un développement "respectueux de la personne humaine et harmonieusement inséré dans les dispositifs [...] actuellement en place", le collectif a défini sept recommandations prioritaires.
1. L'acte de télémédecine doit avoir un caractère subsidiaire par rapport à un acte comparable conduit par un professionnel.
2. Le consentement du patient à l'acte de *télésanté* doit être express.
3. Des recommandations pour la pratique doivent être élaborées dans le cadre d'un consensus.
4. Les professionnels de santé doivent être formés à la télémédecine.
5. La *télésanté* doit faire l'objet d'évaluations.

6. La vente de prestations de *télésanté* doit être interdite (notamment par des opérateurs téléphonie mobile).
7. La gouvernance des politiques relatives à l'informatisation des systèmes de santé doit être profondément réformée.

Télémédecine, télésanté, de quoi s'agit-il ?

- Télémédecine : D'après l'Organisation mondiale de la santé, il s'agit d'une composante de la médecine. "Elle s'inscrit dans l'univers des professionnels de santé, et permet d'apporter des services de santé, là où la distance et l'isolement sont un facteur critique, par des professionnels (médecins notamment) utilisant les TIC à des fins diagnostics, de traitement et de prévention, de recherche et de formation continue." La télémédecine comprend la téléconsultation, la téléassistance médicale, la téléexpertise et la télésurveillance.

- Télésanté :La télésanté rassemble des pratiques à visée sanitaire. Plus large que la télémédecine, elle n'implique pas nécessairement une compétence ou une finalité directement médicales. Citons par exemple l'échange d'avis entre professionnels de type visioconférences, la surveillance ambulatoire, la pratique à distance d'un acte chirurgical ou encore la circulation de données de santé dans un réseau informatisé dédié à la santé.

jeudi 22 octobre 2009

Négociations pour la réforme de la catégorie B

Le ministère de la Santé et les organisations syndicales sont en cours de négociation au sujet de la refonte de la catégorie B. Cette réforme devrait intervenir avant la fin de l'année 2011.
L'accord signé le 21 février 2008 entre le gouvernement et quatre organisations syndicales (CFDT, CFTC, CFE-CGC et UNSA) va trouver sa traduction dans la réforme de la carrière des agents de catégorie B. Cette réforme va concerner les trois fonctions publiques (Etat, territoriale et hospitalière).
Des discussions sont en cours pour la fonction publique hospitalière avec le ministère de la Santé et les organisations syndicales. Il s'agirait de refondre les grades actuels de la catégorie B en trois grades à l'intérieur de chaque corps et d'uniformiser les carrières au sein de ces trois grades. La mise en place de cette réforme devrait intervenir avant la fin de l'année 2011.

Vendredi 23 octobre 2009

Modalités de remboursement pour les retraités ayant un engagement de servir

Un décret daté du 19 octobre définit les modalités de remboursement applicables aux agents admis à la retraite ayant un engagement de servir dans la fonction publique hospitalière. L'agent peut être dispensé en cas de difficultés personnelles graves.
Les agents hospitaliers inscrits dans le cadre d'études promotionnelles prises en compte par l'administration hospitalière peuvent être tenus d'accomplir un engagement dont la durée (2,5 ans à 5 ans) varie en fonction du diplôme préparé. Dans le cas où ces agents n'auraient pas accompli cet engagement avant leur mise à la retraite, ils ont à rembourser l'administration ayant pris en charge leur rémunération pendant la formation. La somme remboursée correspond "au traitement net et aux indemnités qu'ils ont perçus durant leur période de formation, au prorata du temps restant à accomplir jusqu'à la fin de leur engagement de servir", d'après un décret paru le 19 octobre 2009. Cette somme n'inclut pas l'indemnité de résidence, le supplément familial ni les primes ou indemnités ayant un caractère de remboursement de frais.

Dispense de l'obligation de remboursement

La décision de remboursement appartient à l'autorité investie du pouvoir de nomination dans l'établissement au sein duquel l'agent exerce ses fonctions au moment de son admission à la retraite, ou du directeur général du centre national de gestion pour les personnels de direction. Toutefois, en cas de "difficulté personnelle grave", l'agent peut être dispensé de tout ou partie de l'obligation de remboursement, sur décision de ces mêmes autorités. Ces dispositions s'appliquent aux agents admis à la retraite postérieurement à la date du 19 octobre 2009.

Texte de référence
Décret n° 2009-1261 du 19 octobre 2009 relatif aux modalités de mise en œuvre de l'obligation de remboursement applicable aux agents admis à la retraite ayant un engagement de servir dans la fonction publique hospitalière

mardi 27 octobre 2009

Mise en œuvre de deux référentiels de l'aide médicale urgente

L'organisation des secours à la personne et de la réponse ambulancière à l'urgence préhospitalière est précisée dans la circulaire du 14 octobre. Les préfets sont incités à faire conclure avant la fin de l'année des protocoles tripartites entre le Samu, les Sdis et les ambulanciers.

Les référentiels sur l'organisation du secours à la personne et de l'aide médicale urgente et sur l'organisation de la réponse ambulancière à l'urgence pré hospitalière ont soulevé des difficultés dans leur application. La circulaire interministérielle du 14 *octobre* répond aux

interrogations en déterminant les modalités de leur mise en œuvre. Rappelons que ces référentiels, Samu-Sdis (Services départementaux d'incendie et de secours) pour le premier et Samu-transporteurs sanitaires pour le second, sont annexés aux arrêtés ministériels du 24 avril 2009 et du 5 mai 2009.
La circulaire reprécise les missions de chaque acteur. Ainsi, les Samu-Centre 15 et les Sdis, services publics, ont "en charge en commune les secours d'urgence à la personne". Les transporteurs sanitaires, qui relèvent du privé, assurent "la réponse ambulancière dans le cadre de leur participation à l'aide médicale urgente, sous la responsabilité des Samu-Centre 15."
La mise au point des conventions tripartites dans les départements, entre le Samu, les Sdis et les ambulanciers, s'est révélée assez difficile, en raison notamment des clauses financières tendant à la facturation par les sapeurs-pompiers au Samu de certaines de leurs interventions. Ces conventions disparaissent et la circulaire du 29 mars 2004 qui les prévoyait est abrogée.
Dans le cadre du nouveau dispositif, les préfets sont incités à faire conclure avant la fin de l'année des protocoles tripartites, articulant les deux conventions Samu-Sdis et Samu-ambulanciers. Ils devront aussi s'assurer de la cohérence de la complémentarité des deux dispositifs et créer un comité spécifique de suivi permettant d'évaluer l'application des référentiels.
A la lecture de la circulaire du 14 octobre 2009, deux principaux points d'achoppement demeurent :
les "départs réflexes" des sapeurs-pompiers, de leur propre initiative, la régulation médicale du Samu n'intervenant qu'a posteriori ;
la participation des ambulanciers à l'urgence préhospitalière sur la base du volontariat.
Sur le premier point, l'autorité médicale du régulateur Samu est amoindrie, la régulation survenant après le déclanchement de l'intervention perdant l'essentiel de son utilité. Sur le second point, la responsabilité sur le déclanchement des transports sanitaires par la régulation médicale du Samu est affirmée, mais peut se trouver en situation d'échec ou de carence en l'absence d'effecteur volontaire.

Références :
Circulaire du 14 octobre 2009 relative à l'application de l'arrêté du 24 avril 2009 relatif à la mise en œuvre du référentiel portant sur l'organisation du secours à personne et de l'aide médicale urgente et de l'arrêté du 5 mai 2009 relatif à la mise en œuvre du référentiel portant organisation de la réponse ambulancière à l'urgence préhospitalière

mercredi 28 octobre 2009
Les syndicats rejettent les propositions de reclassement des infirmiers

Les négociations concernant la réforme de la catégorie B rencontrent de fortes oppositions, en particulier de la part des infirmiers. En effet, ils obtiendraient le passage en catégorie A, mais en catégorie sédentaire, ce qui suppose un départ à la retraite plus tardif.
La réforme de la carrière des agents de catégorie B unifiée pour toutes les fonctions publiques, en cours de discussion pour la partie hospitalière entre le ministère de la Santé et les organisations syndicales, achoppe sur plusieurs points, notamment pour les infirmiers.
Que ce soit pour les personnels administratifs, les permanenciers auxiliaires de régulation ou les personnels techniques, les grilles indiciaires sont trop faibles au regard des organisations syndicales. Trois grades progressant de l'indice brut 325 à l'indice 660 sont proposés, avec trois ou quatre points d'indice de plus par mois. ***Il s'agirait ainsi d'une augmentation mensuelle comprise entre 13,71 euros et 18,28 euros à la valeur du point actuelle.***
Mais la pierre d'achoppement la plus visible est celle des infirmiers. Le président de la République s'était personnellement impliqué à Strasbourg le vendredi 9 janvier. "Je voudrais rendre hommage aux personnels soignants en particulier, aux infirmières… vous les infirmières, les héroïnes du quotidien… Le don de soi qui vous anime force le respect et je vous soutiendrai en toute circonstance… Je suis parfaitement conscient de vos difficultés… Dans le cadre du LMD, on n'est pas loin d'avoir un accord…", avait-il déclaré. Les organisations syndicales attendaient des propositions significatives, notamment l'intégration des infirmières en catégorie A. Les documents fournis et les propositions effectuées ont abouti à un fait syndical nouveau : sept organisations syndicales sur huit ont quitté la réunion.

Les conditions de passage de la catégorie B à la catégorie A fixées pour les infirmières sont les suivantes.
Le passage de la catégorie B à la catégorie A est lié à l'intégration du cursus de formation des infirmières dans le LMD :
- les infirmières embauchées à compter de 2012 seront intégrées directement dans un nouveau corps en catégorie A ;
- les infirmières en place pourront être reclassées en catégorie A selon trois tranches de juillet 2012 à fin 2014 sur des critères restant à définir.
Le corps des infirmières en catégorie A ne sera plus un corps classé en catégorie active mais en catégorie sédentaire.
La catégorie active existe pour des emplois présentant un risque particulier ou des fatigues exceptionnelles. Cette catégorie, du fait de ces conditions de risque ou d'usure professionnelle,

ouvre droit à un départ anticipé à la retraite, à partir de 55 ans, au lieu de 60 ans pour la catégorie sédentaire.
Les infirmières en place jusqu'à la rentrée de 2012 auront le choix entre le maintien de la catégorie B et la catégorie A. La Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS) précise : "Un droit d'option sera ouvert. Les personnels infirmiers auront le choix entre l'intégration dans le nouveau corps de catégorie A en catégorie sédentaire, [avec un départ en retraite à 60 ans] ou le maintien en catégorie B dans le corps actuel reclassé dans la nouvelle grille statutaire [avec le maintien du départ à la retraite à 55 ans]".

Le gain moyen pour les infirmières diplômées d'Etat serait de 254,28 bruts par an pour le reclassement en catégorie B et de 663,36 euros bruts par an pour le reclassement en catégorie A d'après les valeurs fournies par le ministère. Ces conditions ont été dénoncées par les organisations syndicales qui ont quitté la séance. Les négociations doivent se poursuivre le mercredi 4 novembre. Retenons que la fin des négociations sur la catégorie B est fixée au 23 décembre 2009

Qu'en serait-il alors pour les infirmiers spécialisés qui sont déjà en catégorie A ? Ces négociations qui n'ont de négociations que le que le nom, risquent d'annoncer un début d'année 2010 houleux, voire très agité !

ACCIDENT DE TRAVAIL – PROCESSUS DE DECLARATION

Les difficultés rencontrées récemment par une collègue pour faire reconnaître une lésion en accident de travail a montré que la procédure de déclaration est mal connue. Cela a conduit à une perte de salaire et de prime.

Principe : il n'y a pas de petites accidents de travail, tous doivent faire l'objet d'une déclaration en bonne et due forme.

Si vous chutez, si vous ressentez une douleur au cours d'un effort, si vous vous piquez même avec une aiguille stérile, si vous vous faites une effraction cutanée, tout ce qui paraît négligeable doit être déclaré au même titre qu'une fracture ou blessure grave.

Procédure :

1 – faire une déclaration dans le service, sur le cahier que doit posséder chaque cadre,
2 – Demander à la (ou aux) personne qui était présente de faire un mot par lequel il se déclare témoin
3 – Aller aux urgences, demander même sans lésion, même sans arrêt de maladie au médecin d'établir un certificat initial
4 – Vous portez l'ensemble des documents, après les avoir (conserver bien votre dossier) photocopier, au service du personne et si possible vous demandez un reçu
5 - Si au cours des jours suivant votre état s'aggrave entraînant un arrêt de travail ou que votre douleur s'aggrave, demander au médecin qui vous examine d'établir un certificat décrivant ce que vous ressentez et le motif exact de l'arrêt de maladie.
6 - Ensuite surveillez bien votre fiche de paie. L'accident de travail ne doit pas entraîner de perte de salaire ni de prime.

Si votre direction ne respecte pas la loi, vous serez fondé à faire un recours.

Recours :

1er – Faire un courrier à la direction en recours gracieux avec la photocopie de toutes les piéces.
2é - Si 15 jours plus tard, vous n'avez pas de réponse positive et que vous êtes sur de vos droits
-Si vous êtes assuré, vous demandez un avocat en protection juridique qui vous aidera à établir le dossier, sinon appelez le SNIA
-Faire un recours devant la commission régionale de réforme, elle a compétence pour se prononcer sur la reconnaissance en AT, elle émet un avis mais en général suivi par le directeur surtout si c'est lui qui la saisit.
3é - Sinon, faire un recours devant le tribunal administratif, si l'avis de la commission de réforme n'est pas suivi ou si elle n'a pas reconnu l'accident de travail et que vous avez des éléments pertinents.

Dans tous les cas, vous pouvez contacter le SNIA, il a désormais une décision qui fera jurisprudence et il pourra vous aider dans vos démarches.

AU JOURNAL OFFICIEL

Circulaire DHOS/RH3 N° 2009-108 du 20/04/2009 - BO 2009-5 Utilisation des crédits du fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP) volet RH au titre de l'année 2009 - Mots-clés : Organisation des hôpitaux

DécretN° 2009-462 du 23/04/2009 - JO du 25/04/2009 - Règles de classement des personnes nommées dans les corps d'enseignants-chercheurs des établissements publics d'enseignement supérieur et de recherche relevant du ministre chargé de l'enseignement supérieur - Mots-clés : Université L.M.D. - I.F.S.I.

Décret n°2009-461 du 23/04/2009 – JO 25/04/2009 Conseil national des universités – Mots-clés : Université - L.M.D. - I.F.S.I. - D 92 -70 du 16/01/1992

DécretN° 2009-460 du 23/04/2009 – JO 25/04/2009 - Dispositions statutaires communes applicables aux enseignants-chercheurs et portant statut particulier du corps des professeurs des universités et du corps des maîtres de conférences, et portant diverses dispositions relatives aux enseignants-chercheurs - Mots-clés : Université - L.M.D. - I.F.S.I. - D 84-431 du 16/06/1984

Décret n° 2009-464 du 23/04/2009 – JO 25/04/2009 - Doctorants contractuels des établissements publics d'enseignement supérieur et de recherche - Mots-clés : Université - L.M.D. -I.F.S.I.

Arrêté du 23/04/2009 du 25/04/2009 - Montant de la rémunération du Doctorant contractuel – Mots-clés : Université - L.M.D. - I.F.S.I.

R**apport DRASSIF APHP et EUROPEAN UNION 5°th framework – QLK6-CT-2001-00475 du 28/04/2009** - Non paru au JO - Interruptions et abandons dans la formation en soins infirmiers en Ile de France - Mots-clés : I.F.S.I.- Exercice IDE

Décret n°2009-482 du 28/04/2009 paru au JO du 30/04/2009 - Conditions de mise sur le marché des dispositifs médicaux - Mots-clés : Matériovigilance

Arrêté du 28/04/2009 paru au JO du 02/05/2009 - Admission dans les écoles préparant au diplôme d'ergothérapeute, de technicien en analyses biomédicales, de manipulateur d'électroradiologie, de masseur-kinésithérapeute, de pédicure podologue et de psychomotricien - Mots-clés : Exercice professionnel - Professions paramédical - Université

Arrêté 29/04/2009 paru au JO du 16/05/2009 - Conditions permettant de justifier d'une formation et d'une expérience attestées dans le champ de la neurochirurgie pédiatrique prévue à l'art D 6124-145 du CSP Mots-clés : Organisation des hôpitaux - Médecins

Décretn° 2009-494 du 29/04/2009 paru au JO du 02/**05/2009** - Etudes préparatoires et diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute - Mots-clés : Exercice professionnel- Kinésithérapeutes

Arrêté 29/04/2009 paru au JO du 02/05/2009 - Etudes préparatoires et diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute - Mots-clés : Exercice professionnel - Kinésithérapeutes

Arrêté 29/04/2009 paru au JO du 16/05/2009 - Conditions permettant de justifier d'une formation et d'une expérience attestées dans la pratique d'actes interventionnels par voie endovasculaire en neuroradiologie prévue à l'art D 6124-149 du CSP- Mots-clés : Organisation des hôpitaux - Médecins

RAPPORT Ministère de la santé - 01/05/2009 - Non paru au JO - Avenir des centres hospitaliers universitaires - Commission MARESCAUX - Mots-clés : Organisation des hôpitaux

Arrêté du 05/05/2009 paru au J0 du 27/05/2009 - Mise en œuvre du référentiel SAMU transport sanitaire portant organisation de la réponse ambulancière à l'urgence hospitalière – Mots-clés : Organisation des hôpitaux - SAMU -SMUR - Urgences

Arrêté 11/05/2009 23 paru au JO du /05/2009 - Définitions de certaines catégories de recherches biomédicales - Mots-clés : Organisation des hôpitaux

Arrêté 13/05/2009 paru au JO du 21/05/2009 - Activités professionnelles prises en compte pour le reclassement dans le corps des directeurs des soins de la fonction publique hospitalière - Mots-clés : Directeurs des soins

Décretn° 2009-964 du 15/05/2009 paru au JO du 16/05/2009 - Modification de certaines dispositions statutaires relatives aux corps des personnels infirmiers, de rééducation et médico-techniques de catégorie B de la fonction publique hospitalière - Mots-clés : Statut – Titularisation - Détachement

Arrêté 24/05/2009 paru au JO du 30/05/2009 - Niveau d'études exigé pour les étudiants sages-femmes sollicitant l'autorisation d'exercice de la profession de sage-femme en qualité de remplaçant - Mots-clés : Exercice professionnel –Sages-femmes

Arrêté du 26/05/2009 – JO du 29/05/2009 - Nombre d'étudiants à admettre en 1° année d'études préparatoires au diplôme d'Etat infirmier - Mots-clés : I.F.S.I.

Arrêté 26/05/2009 29/ paru au JO

du 05/2009 - Nombre d'étudiants à admettre en 1° année d'études préparatoires au diplôme d'Etat de psychomotricien - Mots-clés : Professions paramédicales

Arrêté 26/05/2009 paru au JO du 29/05/2009 - Nombre d'étudiants à admettre en 1° année d'études préparatoires au diplôme d'etat de masseur kinésithérapeute - Mots-clés : Professions paramédicales - Kinésithérapeutes

Arrêté 09/06/2009 14/ paru au JO du 06/2009 - Nombre d'étudiants à admettre en 1° année d'études préparatoires au certificat de capacité d'orthophoniste - Mots-clés : Professions paramédicales

Arrêté du 16/06/2009 09 paru au JO du 09/07/2009 - Niveau d'études exigé pour les étudiants sages-femmes sollicitant l'autorisation d'exercice de la profession de sage-femme en qualité de remplaçant - Mots-clés : Exercice professionnel - Sages-femmes

Décret n° 2009-699 16/06/2009 paru au JO du 17/06/2009 - Création d'une prime de responsabilité pour les internes en médecine de 4° et 5° années et les internes de pharmacie de 4° année - Mots-clés : Médecins - Art R 6153-10 CSP

Arrêté du 16/06/2009 paru au JO du17/06/2009 - Montant de la prime de responsabilité pour les internes en médecine de 4° et 5° années et les internes de pharmacie de 4° année - Mots-clés : Médecins - Art R 6153-10 CSP

Décretn° 2009-71 du 17/06/2009 - JO du 19/06/2009 - Collecte et destruction des médicaments à usage humain non utilisés - Mots-clés : Organisation des hôpitaux-Pharmacovigilance

Circulaire DHOS/RH1 N° 2009-164 17/06/2009 - BO 2009-7 - Accueil des stagiaires dans le cadre de la formation initiale préparant le diplôme de qualification en physique radiologique et médicale (DQPRM) - Mots-clés : Exercice professionnel des Radio-physiciens

Arrêté du 18/06/2009 JO du 27/06/2009 - Taux d'indemnités forfaitaires représentatives de travaux supplémentaires allouées à certaines personnels de la fonction publique hospitalière - Mots-clés : Indemnités - AAH

Arrêté du 18/06/2009 – JO du 04/07/2009 - Taux d'indemnités forfaitaires représentatives de travaux supplémentaires allouées à certaines personnels de la fonction publique hospitalière - Mots-clés : Indemnités- AAH

Circulaire DHOS/RH2/RH4 N° 2009-173 - BO du 22/06/2009 - Application du décret N° 2008-824 du 21/08/2008 relatif à la formation professionnelle tout au long de la vie des agents de la fonction publique hospitalière - Mots-clés : Formation professionnelle continue

Note d'information CNG/DGPD n° 2009-174 du 24/06/2009 - BO 2009-7 - Evaluation et prime de fonction des personnels de direction des établissements mentionnés à l'art 2 de la loi n° 86-33 du 09/01/1986 portant dispositions statutaires relative à la FPH - Mots-clés : Notation - Directeurs des soins

Circulaire interministérielle DHOS/RH1/DGESIP/2009-201 du 26/06/2009 - Non paru au JO - Délivrance du grade de licence aux infirmiers diplômés d'Etat. Organisation du partenariat Conseils régionaux/Universités/ I.F.S.I. - Mots-clés : I.F.S.I. - L.M.D.

Décret n° 2009-824 du 03/07/2009 paru au JO du 01/08/2009 - Majoration à compter du 01/07/2009 de la rémunération des personnels civils, militaires de l'état, des personnels des collectivités territoriales, et des établissements publics d'hospitalisation et portant attribution de points d'indice majoré (rectificatif) Mots-clés : Salaire

Arrêté du 03/07/2009 paru au JO du 07/07/2009 - Nombre de postes offerts aux épreuves classantes nationales en médecine par inter région et par discipline ainsi que leur répartition par subdivision d'internat au titre de l'année universitaire 2009-2010 - Mots-clés : Médecins

Circulaire interministérielle DHOS/RH1/DGESIP/2009-208 du 09/07/2009 - Non JO - Situation des étudiants inscrits dans les instituts de formation paramédicaux au regard du bénéfice des prestations des œuvres universitaires - Mots-clés : I.F.S.I.-L.M.D.

Circulaire interministérielle DHOS/RH1/DGESIP/2009-202 du 09/07/2009 – Non paru au JO - Conventionnement des I.F.S.I. avec l'Université et la Région dans le cadre de la mise en œuvre du processus L.M.D. (Licence, Master, Doctorat) - Mots-clés : I.F.S.I.-L.M.D.

Arrêté 13/07/2009 paru au JO du31/07/2009 - Liste et conditions de reconnaissance des titres de formation de médecin et médecin spécialiste délivrés par les états membres de la communauté européenne ou partie de l'espace économique européen visées au 2° art L.4131-1 du CSP - Mots-clés : Exercice professionnel – Médecins-CEE-EEE

Arrêté du 15/07/2009 – JO du 07/08/2009 – Qualifications de certains personnels des dépôts de sang- Mots-clés : Transfusion - Exercice IDE – Formation professionnelle continue

Arrêté du 16/07/2009 - JO du 25/07/2009 - Formation d'adaptation à l'emploi des aides soignants, et des agents de service mortuaire chargés du service des personnes décédées - Mots-clés : Aide soignant

Arrêté du 20/07/2009 – JO du 26/07/2009 - Nombre d'étudiants à admettre en 1° année d'études préparatoires au diplôme d'Etat infirmier - Mots-clés : I.F.S.I.

Loi n° 2009-879 du 21/07/2009 – JO du 22:07/2009 - Réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé, et aux territoires - Mots-clés : Organisation des hôpitaux - Directeurs des soins Coopération entre professionnels de santé

Arrêté 29/07/2009 paru au JO du

02/08/2009 - Formation, missions et conditions d'intervention de la personne spécialisée en radio physique médicale - Mots-clés : Organisation des hôpitaux - Exercice professionnel -A 19/11/2004

Décret n°2009-959 du 29/07/2009 – JO du 02/08/2009- Conditions techniques de fonctionnement applicable à l'activité de soins de traitement du cancer - Mots-clés : Organisation des hôpitaux - Exercice professionnel

Décretn° 2009-958 du 29/07/2009 paru au JO du 02/08/2009 - Reconnaissance des qualifications professionnelles des ressortissants des états membres de la communauté européenne ou partie de l'espace économique européen pour l'exercice des professions de médecin, chirurgien dentiste, sage femme, pharmacien, directeur de laboratoire d'analyse de biologie médicale - Mots-clés : Médecins - Sages-femmes - CEE-EEE

Décretn° 2009-957 du 29/07/2009 – JO du 02/08/2009 - Reconnaissance des qualifications professionnelles des ressortissants des états membres de la communauté européenne ou partie de l'espace économique européen pour l'exercice des professions de préparateur en pharmacie, et en pharmacie hospitalière, d'auxiliaires médicaux et de conseiller en génétique - Mots-clés : Professions paramédicales - CEE-EEE - Exercice IDE

Décretn° 2009-956 du 9/07/2009 paru au JO du 02/08/2009 - Prise en charge par l'assurance maladie de certains produits de santé prescrits par les pédicures podologues - Mots-clés : Exercice professionnel - Professions paramédicales

Décretn° 2009-955 du 29/07/2009 paru au JO du 02/08/2009 - Bilan kinésithérapie Mots-clés : Exercice professionnel -Kinésithérapeutes

Arrêté 31/07/2009 paru au JO du14/08/2009 - Approuvant le référentiel national d'équivalences horaires établi en application du II de l'art 7 du D N° 84-431 du 06/06/1984 fixant les dispositions statutaires communes applicables aux enseignants-chercheurs et portant statut particulier du corps des professeurs des universités et du corps des maîtres de conférences - Mots-clés : Université - L.M.D. - I.F.S.I.

Arrêté 31/07/2009 paru au JO du 14/08/2009- Application du D N° 2009-460 du 23/04/2009 modifiant le D N° 84-431 du 06/06/1984 fixant les dispositions statutaires communes applicables aux enseignants-chercheurs et portant statut particulier du corps des professeurs des universités et du corps des maîtres de conférences, et portant diverses dispositions relatives aux enseignants-chercheurs - Mots-clés : Université- L.M.D. - I.F.S.I. - D N° 84-431 23/04/1984

Arrêté du 31/07/2009 – JO du 07/08/2009 - Diplôme d'Etat d'infirmier - Mots-clés : Exercice IDE- L.M.D.- I.F.S.I.

Loi n° 2009-972 du 03/08/2009 - JO du 06/08/2009 - Mobilité et parcours professionnels dans la fonction publique - Mots-clés : Statut – Mobilité - Contractuels

DécretDHOS/O4 N° 2009-258 de 12/08/2009 paru au BO 2009-7 - Activités interventionnelles sous imagerie médicale, par voie endovasculaire, en cardiologie - Mots-clés : Organisation des hôpitaux – Seuils CCAM

Arrêté 18/08/2009 paru au JO du 02/09/2009 – Emoluments, rémunérations ou indemnités des personnels médicaux exerçant leurs fonctions à temps plein ou TP dans les EPS - Mots-clés : Médecins

Arrêté 18/08/2009 paru au JO du02/**09/2009** – indemnités pour garde supplémentaires attribuées aux étudiants de 2°, 3° & 4° année du 2° cycle des études médicales - Mots-clés : Médecins

Arrêté 18/08/2009 paru au JO du ,02/09/2009 - Indemnités pour garde des étudiants en médecine - Mots-clés : Médecins

Arrêté 18/08/2009 paru au JO du 02/09/2009 -Indemnisation des gardes effectuées par les internes, résidents en médecine et étudiants désignés pour occuper provisoirement un poste d'interne dans les EPS autres qu'hôpitaux locaux - Mots-clés : Médecins

Arrêté 18/08/2009 paru au JO du 02/09/2009 - Indemnisation de la continuité des soins et de la permanence pharmaceutique dans les EPS et dans les EPHAD - Mots-clés : Médecins

Décret n° 2009-983 du 20/08/2009 paru au JO du 21/08/2009 - Actes professionnels accomplis par les pédicures podologues - Mots-clés : Exercice professionnel - Professions paramédicales

Décret n° 2009-1027 du 25/08/2009 paru au JO du 27/08/2009 - Reconnaissance des qualifications professionnelles des ressortissants des états membres de la communauté européenne ou partie de l'espace économique européen pour l'exercice des professions de prothésiste, d'orthésiste pour l'appareillage des personnes handicapées - Mots-clés : CSP - Exercice professionnel - Professions paramédicales - CEE-EEE

Arrêté 25/08/2009 paru au JO du 27/08/2009 - Professions de prothésiste, d'orthésiste pour l'appareillage des personnes handicapées - Mots-clés : Exercice professionnel - Professions paramédicales - Mots-clés : CEE-EEE

Arrêté 11/09/2009 paru au JO du 18/09/2009 - Modalités d'agrément des écoles de sages-femmes et cadres sages femmes - Mots-clés : Sages-femmes - I.F.S.I.

Arrêté 01/10/2009 paru au JO du 02/10/2009 - Claude EVIN Directeur ARSIF - Mots-clés : Gouvernement

Décret n° 2009-1261 du 19/10/2009 – JO du 21/10/2009 - Modalités de mise en œuvre de l'obligation de remboursement applicable aux agents admis à la retraite ayant un engagement de servir dans la fonction publique hospitalière - Mots-clés : Formation professionnelle continue - statut

OFFRES D'EMPLOI

Mise à jour du 17/11/2009

05 **CENTRE HOSPITALIER DE BRIANÇON SERRE CHEVALIER** – *au coeur des stations de ski des Hautes-Alpes* - recrute à compter de septembre 1 IADE - poste temps plein pour son bloc op. pluridisciplinaire, 6 salles et SSPI - équipe de 4 MAR et 10 IADE - renseignement et candidature : Jacques PERCIE DU SERT - cadre d'anesthésie - Tel : 04 92 25 21 70 - **jpercie dusert@ch-briancon.fr** - CENTRE HOSPITALIER DES ESCARTONS - 05100 BRIANCON (1/04/2009)

09 **CENTRE HOSPITALIER DU PAYS D'OLMES A LAVELANET** - recherche 2 IADE par voie de mutation ou en CDD - travail du lundi au vendredi de 8h/15h – Pour tout renseignement s'adresser à - Daniel PEREZ, coordonnateur général des soins - Tel : 05 61 65 78 78 - CENTRE HOSPITALIER DU PAYS D'OLMES – 6 rue Cassin – 09300 LAVELANET (10/06/2009)

12 **CENTRE HOSPITALIER « EMILE BOREL » à SAINT–AFFRIQUE (AVEYRON)** - recherche 1 IADE pour son bloc op. – renseignements : Mme DA SILVA – coordinatrice des soins – Tel. : 05 65 49 71 52 – adresser lettre de candidature et C.V. à – M. le Directeur du CENTRE HOSPITALIER EMILE BOREL - 88 ave du Dr Lucien GALTIER – B.P. 291 – 12402 SAINT-AFFRIQUE CEDEX – Tel. : 05 65 49 71 52 – Fax. : 05 65 49 76 21 (7/10/2009)

24 **D.A.R. CLINIQUE PASTEUR A BERGERAC - DORDOGNE** - recrute 1 deuxième IADE - groupe de 4 anesthésistes - Clinique chirurgicale - Tel : 05 53 61 56 01 - e-mail : **are.pasteur24@wanadoo.fr** - CLINIQUE PASTEUR - 54 à 56 rue du professeur POZZI - 24100 BERGERAC - (14/04 /09)

34 **CRLCC VAL D'AURELLE A MONTPELLIER** - recherche 1 cadre IADE en CDD – renseignements : planchenault@valdorel.fnclcc.fr – Tel : 04 67 61 30 65 adresser lettre de candidature et CV à : Mme la directrice des Soins Infirmiers et Médico-Techniques – C R L C C V A L D'AURELLE – Parc Euromédecine – 208 rue des Apothicaires – 34298 Montpellier Cedex (10/11/09)

69 **LES HOSPICES CIVILS DE LYON (CHU)**- recrutent IADE H/F – sur différents établissements, dans toutes spécialités avec grand choix d'horaires – Avantages : possibilité de logement à tarif préférentiel, possibilité de places en crèche – Accès à la formation et possibilité d'évolution de carrière – contact : M. François MARTIN – Directeur central, coordonnateur Général des Soins –Tel : 04 72 11 52 50 – e-mail : **francois.martin@chu-lyon.fr** (11/09/2009)

81 **CMCO CLAUDE BERNARD À ALBI** - recherche IADE – équipe de 7 MAR et une IADE – CMCO doté d'un service de réanimation polyvalente – contacter S. GALLUT, DRHOS ou Dr A. LEBBE, Anesthésiste-Réanimateur pour de plus amples informations – Tel : 05 63 77 77 62 (02/09/2009)

84 **CENTRE HOSPITALIER DE CARPENTRAS DANS LE VAUCLUSE** - recrute IADE – pour bloc opératoire gynéco-obstétrique (IADE non appelé pour APD la nuit) – renseignements : Mme C. MARTINO, Directrice des Soins – tel : 04 32 85 88 59 – envoyer CV et candidature à : M. le Directeur – CENTRE HOSPITALIER BP 263 – 84208 CARPENTRAS CEDEX (11/09/2009)

91 **CENTRE HOSPITALIER DE LONGJUMEAU** – propose des recrutements et/ou vacations d'IADE – activité très diversifiée au sein d'une équipe pluridisciplinaire (1 bloc polyvalent de 5 salles et SSPI de 10 places – 1 bloc orthopédie de 2 salles et 1 SSPI de 4 places) – les spécialités sont : Orthopédie, viscéral et urologie, OPH,ORL,Stomatologie, Plastie, Gynécologie obstétrique – contacter Mme Catherine DELAVEAU, Coordonnateur Général des Soins – Tel : 01 64 54 31 06 – e-mail : **Catherine.Delaveau@ch-longjumeau.fr** – Mme LACHERAY M. Inès, cadre Supérieur du Pôle Anesthésie, Blocs ? Chirurgie – Tel : 01 64 54 29 92 – e-mail : **LACHERAY.Marie@ch-longjumeau.fr** – envoyer CV et lettre de motivation au secrétariat : **drh@ch-longjumeau.fr** (29/09/2009)

92 **CENTRE HOSPITALIER DE COURBEVOIE – NEUILLY-SUR-SEINE** – recherche **1 IADE - 1 cadre de santé IBODE** pour le bloc opératoire – pour tout renseignement s'adresser à Mme CONDUCHE – Tel. : 01 49 04 31 59 – e-mail : vbedot@chcn.net – envoyer candidature à Mme CONDUCHE – DSIRMT – 32 rue Kilford – 92400 - COURBEVOIE (7/10/2009)

CLINIQUE AMBROISE PARE A CONAKRY EN RÉPUBLIQUE DE GUINÉE – recrute 1 IADE - pour un site minier – expérience souhaitée – prise en charge des urgences, déchoquage, bloc, SAMU, éventuellement conversation en anglais – Rotations environ 6 à 8 semaines sur le site et 2 à 3 semaines en congés, retour en France – un mois de congés annuel – Tout est pris en charge : transports, hébergement, nourriture – Salaire mensuel net : 4000 Euros – Contrat de un an renouvelable – Modèle de contrat disponible sur demande – Contact : Dr SAAD Nabil – Tel : (00 224) 64 25 13 44 (Guinée) – 06 37 90 92 08 (France) – E-mail : **capconakry@yahoo.fr** (16/11/2009)

MEDECINS SANS VACANCES - cherche bénévoles - ONG Belge de développement médical - association sans but lucratif de droit belge - recherche pour des missions en Afrique francophone de 2 à 3 semaines - des IADE chevronnés, pour un travail d'équipe avec un chirurgien et infirmière de soins - Tous frais payés - le travail même n'est pas rémunéré - L'expérience de l'Afrique est un plus. Présentez votre candidature - **www.msv.be**

MEDECINS SANS FRONTIERES – recherche pour ses missions chirurgicales des médecins anesthésistes et des infirmiers/infirmières anesthésistes. Renseignements et candidatures : **www.msf.fr** - espace « recrutement » (15/07/09)

Demandes d'emploi / remplacements

IADE recherche remplacements, gardes ou jours cumulés. Tel : 05 46 95 00 10 - portable : 06 07 47 64 80 (31/08/07)

Infirmiers anesthésiste demeurant à paris - DE 1974, fac médecine de Paris, entièrement autonome, toutes disciplines, cherche vacations lieu indifférent si conditions s'y annexant - Tel : 06 85 20 48 95 - e-mail : **beudp@hotmail.fr** (01/02/08)

Infirmier anesthésiste, 16 ans d'expérience, recherche poste en bloc opératoire et/ou SMUR, en secteur public, si possible en région sud-est ou sud-ouest de la France. Vous pouvez me contacter au 06 13 48 57 80 (11/09/09)

ANNONCES CONGRÈS

19/20 novembre 2009 – Centre René Huguenin – Saint-Cloud
« Analgésie Post-opératoire, douleur aigue, douleur chronique »

Renseignements : Centre René Huguenin – Service d'Anesthésie – 35 rue Dailly – 92210 SAINT-CLOUD Dr Christian JAYR – jayr@crh1.org – Dr Louis BRASSEUR – brasseur@crh1.org - Secrétariat : Anne RUBIO – rubio@chr1.org –Tel : 01 47 11 18 18 – Fax : 01 47 11 23 01

24 novembre 2009 – Paris
Bonnes pratiques organisationnelles et gestion des risques au bloc opératoire

Renseignements : L' Entreprise Médicale – Département Formation – 3bis rue du Dr Foucault – 92000 Nanterre – Te l : 01 47 24 07 99 – Fax : 01 47 24 00 40
e-mail **: formation@entreprise-medicale.fr –** site : www.entreprise-medicale.fr

27 novembre 2009 – AFISAR – Villejuif
18eme Congrès National des Infirmiers(ères) Anesthésistes, de réanimations et de SSPI

Renseignements : Secrétariat AFISAR – CHU Bicêtre – DAR – 78 rue du Général Leclerc – 94276 Le Kremlin Bicêtre cedex – président AFISAR : 06 83 77 97 22 – secrétariat : 06 42 25 40 59 – Fax : 01 45 21 28 75 – e-mail : agnes.parent@afisar.fr **http://www.afisar.fr**

12 au 13 mars 2010 - Paris - J.E.P.U.
31e réunion de perfectionnement des infirmiers anesthésistes

Renseignements : J.E.P.U. Anesthésie Réanimation
Tel : 01 42 16 22 54
e-mail : jepu.anesthesie@psl.aphp.fr
site : www.jepu.net

4 au 7 juin 2010 – IFNA – La Hague
9eme Congrès Mondial des infirmières et infirmiers anesthésistes

site : http://www.wcna2010.Info/

TABLEAU DES SALAIRES DES HOPITAUX PUBLICS AU 1er Octobre 2009 (valeur du point : 4,607 €)

INFIRMIERS ANESTHESISTES PREMIER ET SECOND GRADE

		INDICES		TRAITEMENTS BRUTS SOUMIS A RETENUES		RETENUES MENSUELLES					TRAITEMENT	INDEMNITES DE RESIDENCE	
ECHELONS	DUREE.. AN	BRUTS	MAJORES	ANNUELS	MENSUELS	PENSIONS 7,85%	CSG & RDS 2,90%	CSG Maladie 5,10%	Chômage 1,00%	TOTAL Retenues	MENSUEL NET	ZONE 1 3,00%	ZONE 2 1,00%
1er GRADE													
1	1	408	367	20 290	1 691	133	49	86	17	285	1 406	51	17
2	2	449	394	21 783	1 815	142	53	93	18	306	1 509	54	18
3	3	475	413	22 834	1 903	149	55	97	19	321	1 582	57	19
4	3	509	438	24 216	2 018	158	59	103	20	340	1 678	61	20
5	4	542	461	25 487	2 124	167	62	108	21	358	1 766	64	21
6	4	577	487	26 925	2 244	176	65	114	22	378	1 866	67	22
7	4	615	516	28 528	2 377	187	69	121	24	401	1 977	71	24
8		652	544	30 076	2 506	197	73	128	25	422	2 084	75	25
2ème GRADE													
2	2	570	482	26 648	2 221	174	64	113	22	374	1 847	67	22
3	2	595	501	27 699	2 308	181	67	118	23	389	1 919	69	23
4	3	625	524	28 970	2 414	190	70	123	24	407	2 007	72	24
5	3	652	544	30 076	2 506	197	73	128	25	422	2 084	75	25
6	3,50	680	566	31 292	2 608	205	76	133	26	439	2 168	78	26
7		730	604	33 393	2 783	218	81	142	28	469	2 314	83	28

TABLEAU DES SALAIRES DES HOPITAUX PUBLICS AU 1er Octobre 2009 (valeur du point : 4,607 €)

CADRE DE SANTE ET CADRE DE SANTE SUPERIEUR

		INDICES		TRAITEMENTS BRUTS SOUMIS A RETENUES		RETENUES MENSUELLES					TRAITEMENT	INDEMNITES DE RESIDENCE	
ECHELONS	DUREE.. AN	BRUTS	MAJORES	ANNUELS	MENSUELS	PENSIONS 7,85%	CSG & RDS 2,90%	CSG Maladie 5,10%	Chômage 1,00%	TOTAL Retenues	MENSUEL NET	ZONE 1 3,00%	ZONE 2 1,00%
1er GRADE													
1	1	430	380	21 009	1 751	137	51	89	18	295	1 456	53	18
2	2	480	416	22 999	1 917	150	56	98	19	323	1 594	57	19
3	2	520	446	24 658	2 055	161	60	105	21	346	1 709	62	21
4	3	558	473	26 151	2 179	171	63	111	22	367	1 812	65	22
5	3	589	497	27 478	2 290	180	66	117	23	386	1 904	69	23
6	4	627	526	29 081	2 423	190	70	124	24	408	2 015	73	24
7	4	664	554	30 629	2 552	200	74	130	26	430	2 122	77	26
8		740	611	33 780	2 815	221	82	144	28	474	2 341	84	28
2ème GRADE													
1	2	625	524	28 970	2 414	190	70	123	24	407	2 007	72	24
2	3	651	544	30 076	2 506	197	73	128	25	422	2 084	75	25
3	3	680	566	31 292	2 608	205	76	133	26	439	2 168	78	26
4	3	700	581	32 122	2 677	210	78	137	27	451	2 226	80	27
5	3	752	621	34 333	2 861	225	83	146	29	482	2 379	86	29
6		780	642	35 494	2 958	232	86	151	30	498	2 459	89	30