

ENQUÊTE NATIONALE :

***Implication, engagement et contributions de la filière
infirmière-anesthésiste au sein du système hospitalier
français confronté à l'épidémie COVID-19***



Février - Mai 2020

RESTITUTION DES RÉSULTATS

Sommaire

Objet de l'enquête :	3
Moyen :	3
Participation :	3
Validation du panel :	3
Répartition territoriale :	3
Répartition par type d'employeur :	4
Impact sur les conditions de travail des IADE	5
Équipements de protection individuels	5
Horaires :	5
Congés :	5
Engagements dans l'organisation.....	6
Rédaction de protocoles spécifiques :	6
Formation des professionnels de santé :	6
Déploiement IADE	7
Créations d'unités de réanimation.....	7
Renfort inter-régional	7
Affectations des IADE et EIA	7
Affectation des étudiant(e)s infirmier(e)s-anesthésistes (EIA).....	8
Déploiement en Réanimation :	9
Hiérarchie fonctionnelle	9
Identifié comme personne ressource dans la gestion des voies aériennes supérieures....	9
Pratique de l'intubation trachéale	9
Adaptation des réglages ventilatoires.....	9
Adaptation de la sédation et de la curarisation	9
Pratique de la pose d'abords artériels	9
Réalisation de transports intra-hospitaliers	9
Exercice d'un leadership pour la mise ou retournement en décubitus ventral.....	10
Déploiement Bloc-opératoire :	10
Déploiement autres secteurs	11
Déploiement SAMU/SMUR :	11
Régulation des appels en centre 15	11
Interventions primaires paramédicalisées	11
Réalisation de transports infirmiers inter hospitaliers (TIH).....	11
Réalisation de transports secondaires médicalisés.....	11
Déploiement en service d'accueil des urgences :	12
Conclusion.....	13
Limites et critiques de l'enquête	14
Abréviations et acronymes	14

Objet de l'enquête :

Dans le cadre de la pandémie CoVid-19, le SNIA a souhaité interroger les infirmier(e)s-anesthésistes sur leur implication et leur activité au cours des premiers mois de l'épidémie liée à l'agent pathogène SARS-CoV2. Nous avons exploré les différents champs d'exercice dans lesquels les IADE ont pu intervenir (Urgences, Réanimation, bloc opératoire...) ainsi que les conditions qui ont accompagné les modifications des organisations de travail.

Moyen :

Questionnaire en ligne diffusé sur nos réseaux professionnels.

Relayé par nos partenaires pendant 13 jours.

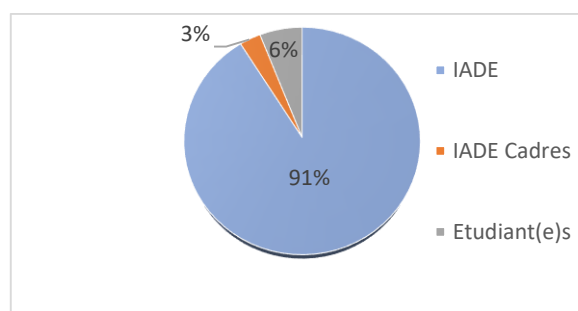
Date d'ouverture du questionnaire : 21 avril 2020

Date de clôture : 4 mai 2020

Participation :

1984 réponses, **1576 réponses exploitables** soit près de 15% de la population professionnelle.

IADE	1437	91,18%
IADE Cadres	44	2,79%
Etudiant(e)s IA	95	6,03%



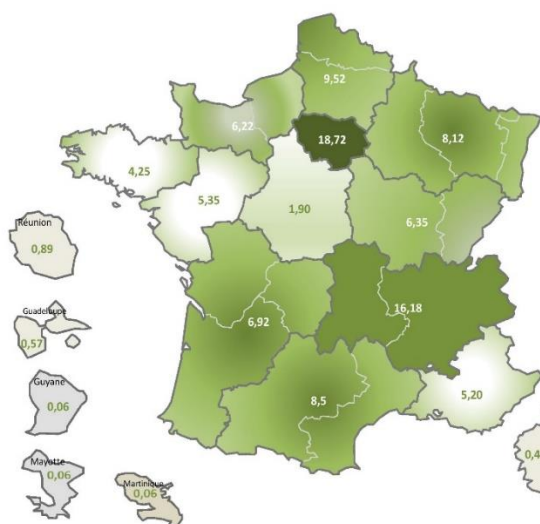
NB : 10.649 IADE exercent en France sur une population infirmière générale de 700.988 (ADELI)

Validation du panel :

Répartition territoriale :

La répartition des répondants se ventile comme suit en fonction de leur région d'exercice :

Ile de France	18,72%
Auvergne-Rhône Alpes	16,18%
Hauts de France	9,52%
Occitanie	8,5%
Grand Est	8,12%
Nouvelle Aquitaine	6,92%
Bourgogne Franche-Comté	6,35%
Normandie	6,22%
Pays de la Loire	5,65%
PACA	5,20%
Bretagne	4,25%
Centre Val de Loire	1,90%
Autres DROM	NI
Réunion	0,89%
Guadeloupe	0,57%
Corse	0,44%
Martinique	0,44%
Guyane	0,06%
Mayotte	0,06%



Il est possible de comparer cette répartition géographique des répondants à celle recensée par les agences statistiques gouvernementales (DREES et SAE) et notre dernière enquête démographique et de pratiques déclarées, publiée en 2018 (GEIADE 2018) :

Rang	DREES 2018 (%)		GEIADE 2018 (%)		SAE au 31/12/2017 (%)		Enquête IADE COVID 2020 (%)	
1	Auvergne-Rhône-Alpes	14,85	Auvergne-Rhône Alpes	13.06	Ile de France	17,08	Ile de France	18,72
2	Ile de France	14,75	Ile de France	12.35	Auvergne-Rhône Alpes	12,13	Auvergne-Rhône Alpes	16,18
3	Grand Est	10,55	Occitanie	11.26	Grand Est	9,33	Hauts de F.	9,52
4	Nouvelle Aquitaine	10,09	Nouvelle Aquitaine	8.25	Nouvelle Aquitaine	9,11	Occitanie	8,5
5	Occitanie	9,05	Hauts de France	8.14	PACA	8,68	Grand Est	8,12
6	Hauts de F.	8,12	Grand Est	7.70	Hauts de F.	8,57	Nouvelle Aquitaine	6,92
7	Bretagne	6,21	Pays de la Loire	6.39	Occitanie	8,04	Bourgogne Fr-Comté	6,35
8	PACA	5,81	PACA	6.12	Bretagne	5,86	Normandie	6,22
9	Pays de la Loire	5,22	Bretagne	5.85	Pays de la Loire	4,84	Pays de la Loire	5,65
10	Normandie	4,46	Bourgogne Fr-Comté	5.30	Normandie	4,68	PACA	5,20
11	Bourgogne Fr-Comté	4,47	Normandie	4.97	Bourgogne Fr-Comté	4,65	Bretagne	4,25
12	Centre Val de Loire	3,16	AUTRES DROM	3.44	Centre Val de Loire	3,01	Centre Val de Loire	1,90
13	DROM	2,92	Centre Val de Loire	2.95	AUTRES DROM	NR	Autres DROM	NI
14	Réunion	1.13	Réunion	1.97	Réunion	1,38	Réunion	0,89
15	Martinique	0.64	Guadeloupe	0.77	Guadeloupe	0,85	Guadeloupe	0,57
16	Guadeloupe	0.59	Martinique	0.55	Martinique	0,83	Corse	0,44
17	Guyane	0.38	Guyane	0.38	Corse	0,42	Martinique	0,44
18	Corse	0.34	Corse	0.38	Guyane	0,32	Guyane	0,06
19	Mayotte	0.19	Mayotte	0.16	Mayotte	0,24	Mayotte	0,06

Commentaire :

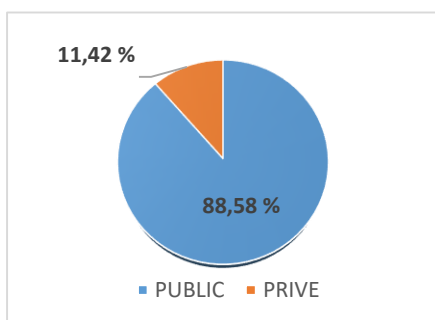
La répartition territoriale des répondants correspond globalement à la répartition géographique des professionnels IADE au regard des données statistiques officielles (cf. : Grande Enquête IADE 2018 du SNIA : https://www.snia.net/uploads/7/7/8/5/7785148/geiade_2018_snia.pdf)

On ne remarque pas de surreprésentation des régions en tension fortement touchées par l'épidémie de SARS-Cov2 ce qui évite un effet loupe sur l'impact de la crise dans l'activité nationale des Infirmier(e)s-anesthésistes.

Répartition par type d'employeur :

88,58% des répondants exercent dans le **secteur public** (Fonction publique hospitalière)

11,42% exercent en **secteur privé** (il n'a pas été fait de distinction entre le privé non-lucratif et lucratif)



Commentaire :

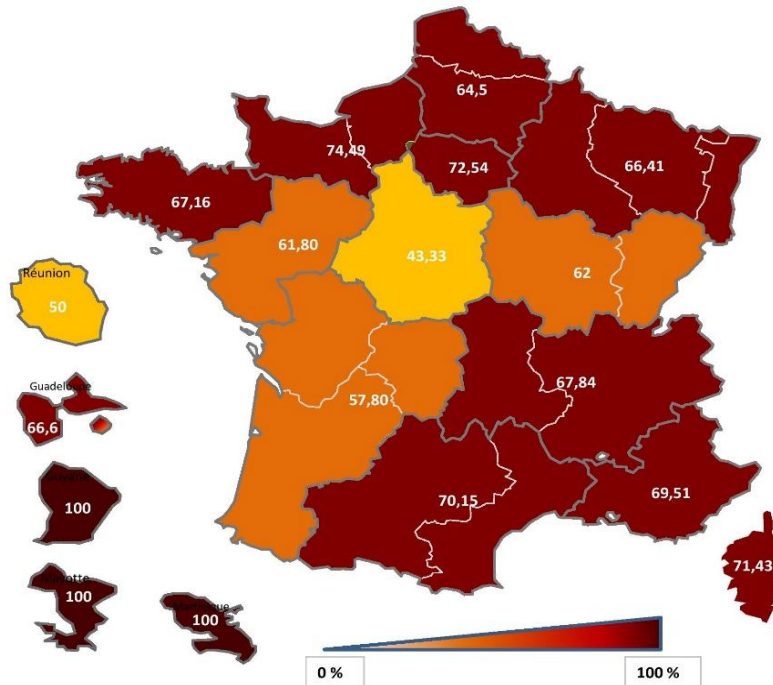
Cette répartition secteur public/secteur privé correspond aux réalités statistiques observées par la DREES et le SAE dans leurs données démographiques récentes (2018)

Impact sur les conditions de travail des IADE

Équipements de protection individuels

67,13% des IADE déclarent avoir subi des **contraintes liées au manque d'équipements de protection individuels (EPI)**

La tension sur ces équipements n'a pas été ressentie de la même manière sur le territoire comme l'indique notre carte.



Commentaire :

Aucune région n'a été épargnée par le manque d'EPI. Les régions où, selon les professionnels, les contraintes liées au manque de ces équipements ont été les plus ressenties sont la plupart des régions d'outre-mer : la Guadeloupe, la Martinique, Mayotte et la Guyane ; pour la métropole : Normandie, Ile de France, Corse et Occitanie. Une seule région obtient un résultat inférieur à 50% : Centre Val de Loire (43,33%).

Horaires :

85,6% des IADE ont eu à s'adapter à une **nouvelle amplitude horaire** d'exercice. (Ex : passage en 10h, 12h ou 24h).

60,98% des IADE ont effectué des **heures supplémentaires**.

47,46% ont effectué des **semaines de travail de plus de 48 heures**.

Congés :

54,38% ont vu leurs **congés annulés**.

24,27% se sont vu **imposer des jours de congés** et seuls 26% ont pu bénéficier d'un dispositif d'autorisation spéciale d'absence.

Commentaire : L'engagement des IADE et EIA dans cette crise épidémique a engendré des changements brutaux des rythmes de travail, la génération d'heures supplémentaires jusqu'au dépassement des critères légaux et sécuritaires habituellement en vigueur. Une majorité de professionnels n'a pas pu bénéficier des congés planifiés, ni des autorisations spéciales d'absence au décours de la vague épidémique. Dans les zones moins touchées, la désorganisation des plages opératoires a poussé certaines directions à contraindre les personnels des blocs opératoires à prendre des jours de congés.

Déploiement IADE

Créations d'unités de réanimation

70,69% des IADE ont organisé la **mise en place d'unités de réanimation** au sein de leurs établissements (SSPI, SI/SC)

Renfort inter-régional

12,5% des IADE ont participé au **renfort soignant inter-régional**. En croisant les données l'on note que **33,3% des IADE du secteur privé se sont engagés dans ces propositions de renforts**.

- Ce renfort a pu être effectif pour **43,33% directement via leur ARS** et pour **40% via une embauche directe** en vacation par le centre hospitalier en tension.
- 11,11% via une agence d'intérim et 5,55% via l'EPRUS

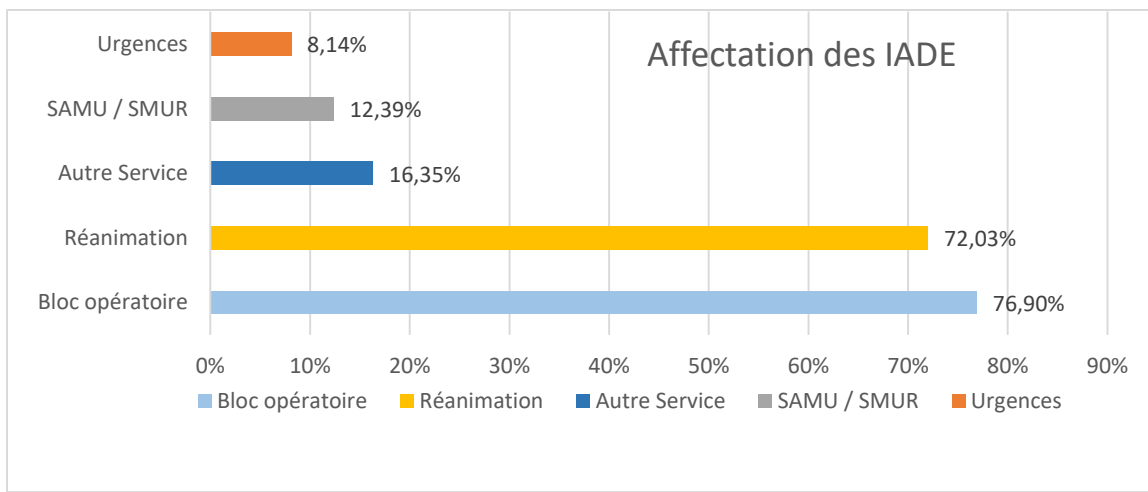
Commentaires :

Ces chiffres sont à mettre directement en corrélation avec la démultiplication des capacités nationales d'hospitalisation en réanimation. Les IADE ont participé activement à la création de ces filières exceptionnelles d'hospitalisation car ils connaissent, de par leurs expériences professionnelles et leur formation, les contraintes spatiales et organisationnelles des soins spécifiques en anesthésie-réanimation. Ils maîtrisent les standards de soins nécessaires en service de réanimation.

Lorsque les régions sont moins touchées, les IADE ont participé au renfort interrégional, nous pouvons noter une forte implication des IADE du secteur privé avec 1/3 de ces déclarants. Cela traduit la volonté de ces IADE souvent placés en chômage partiel de participer malgré tout à l'effort national.

Affectations des IADE et EIA

A l'arrivée de l'épidémie en France, les compétences IADE ont été recherchées pour affecter des moyens humains adaptés aux services en tension et à ceux qu'il faudrait créer. En sus de ces nouvelles affectations, la prise en charge habituelles des urgences chirurgicales a évidemment continué à mobiliser une partie du corps professionnel.

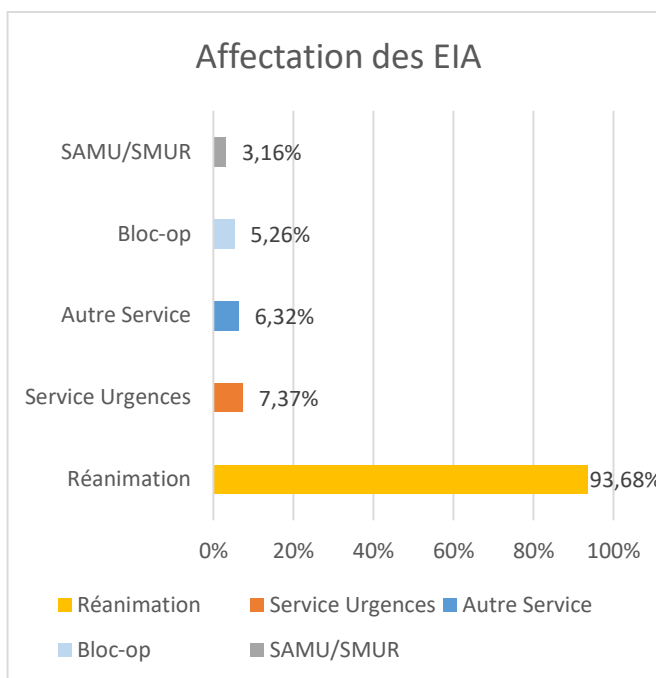


Pendant cette période, où avez-vous effectué vos heures de travail ?	
Bloc opératoire	76,90%
Réanimation	72,03%
Autre Service	16,35%
SAMU / SMUR	12,39%
Urgences	8,14%

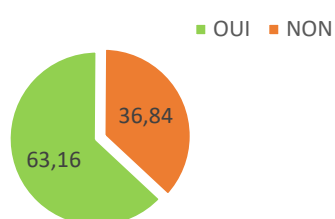
Affectation des étudiant(e)s infirmier(e)s-anesthésistes (EIA)

La question investigate les différents lieux de soins où les EIA ont exercé durant cette période. Les affectations initiales ont pu être modifiées ou une mixité d'exercice a pu être mise en place.

Réanimation	93,68 %
Service des Urgences	7,37 %
Autres services	6,32 %
Bloc Opératoire	5,26 %
SAMU/SMUR	3,16 %



Renfort inter-établissements Etudiant(e)s IA



Commentaires :

Le Bloc opératoire reste le lieu principal d'affectation des IADE (76,90%) afin d'exercer la continuité des soins urgents des patients COVID(-) et la mise en place de circuits et procédures pour les patients COVID(+). La « nouveauté » réside dans la grande adaptabilité et réactivité des IADE dans la transformation de Salles de Surveillances Post-Interventionnelles (SSPI) en véritables services de réanimation pour, le plus souvent, accueillir les patients réanimatoires COVID(-) afin de libérer les places des autres services de réanimation alors dédiés à la prise en charge de patients COVID(+). Notons qu'une proportion de ces services temporaires a été amenée à muter en unité COVID (+) au fil de l'évolution de l'épidémie.

Comme attendu, la Réanimation arrive en tête des services d'affectation (72%) où l'expertise IADE a été recherchée. Habituellement, seule une part congrue (- de 7% cf. GEIADE2018) exerce dans ces services où la place de l'IADE n'est que rarement valorisée/souhaitée.

Une part significative (16,35%) a été affectée dans d'autres types de services (Soins intensifs, soins continus, services de médecine COVID(+), ...)

12,39% ont exercé en SAMU/SMUR sur cette période et 8,14% en service d'accueil des urgences.

Les chiffres obtenus démontrent la polyvalence de la profession, illustrée par la mixité d'exercice qui semble avoir été la norme pour une très large partie du corps professionnel.

La grande majorité des étudiant(e)s infirmier(e)s-anesthésistes (93,68%) a été déployée en service de réanimation. Le prérequis d'exercice infirmier obligatoire de 24 mois avant de pouvoir présenter le concours d'entrée en école d'IADE a souvent permis à l'étudiant infirmier-anesthésiste d'acquérir des compétences spécifiques attendues en réanimation, service des urgences, soins intensifs, SSPI. Les réaffectations d'EIA sur des postes qu'ils occupaient antérieurement à la formation a permis de disposer rapidement de professionnels opérationnels. Pour beaucoup, ils ont été mobilisés par leur établissement employeur lorsqu'ils bénéficiaient de la promotion professionnelle. Les Etudiant(e)s IA ont également largement participé (63,16%) aux renforts inter-régionaux et inter-établissements.

Déploiement en Réanimation :

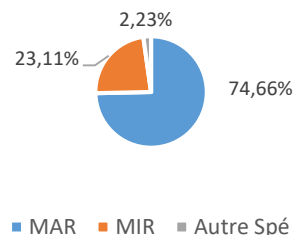
72,3% des IADE se sont engagés dans les services de réanimation, il s'agissait d'une nouvelle affectation pour l'ensemble (97,68%).

Parmi eux :

Hiérarchie fonctionnelle

- **74,66%** déclarent avoir exercé **sous le contrôle d'un médecin anesthésiste réanimateur (MAR)** et **23,11%** en association avec un **médecin intensiviste réanimateur (MIR)**. **2,23%** ont exercé sous la responsabilité de médecins spécialistes d'organe.

Hiérarchie fonctionnelle



Cette proportion tend à démontrer que le redéploiement des IA s'est majoritairement opéré au sein des services d'anesthésie-réanimation ce qui largement participé à l'augmentation du nombre de lits de réanimation sur le territoire national.

Identifié comme personne ressource dans la gestion des voies aériennes supérieures

- **54,70%** d'entre eux déclarent avoir été **identifiés comme personnes ressources** pour la gestion des voies aériennes et de la sédato-analgésie.
 - 58,03% lorsque le médecin est un MAR
 - 41,84% lorsque le médecin est un MIR
 - **73,91%** lorsque le médecin est un autre spécialiste d'organe

Pratique de l'intubation trachéale

- **50,34%** déclarent avoir été amenés à **pratiquer l'intubation trachéale de patients**.
 - 52,85% lorsque le médecin responsable est un MAR
 - 42,26% lorsque le médecin est un MIR
 - 52,19% lorsque le médecin est un autre spécialiste d'organe

Adaptation des réglages ventilatoires

- **70,92%** déclarent avoir eu la possibilité d'**adapter les réglages ventilatoires des patients**.
 - 74,61% lorsque le médecin est un MAR,
 - 59% lorsque le médecin est un MIR,
 - 73,91% lorsque le médecin est un autre spécialiste d'organe

Adaptation de la sédation et de la curarisation

- **76,65%** déclarent avoir eu la possibilité d'**adapter la sédation et la curarisation**.
 - 79,35% lorsque le médecin est un MAR
 - 68,49% lorsque le médecin est un MIR
 - 73,91% lorsque le médecin est un autre spécialiste d'organe

Pratique de la pose d'abords artériels

- 45,51% déclarent avoir pratiqué **la pose de cathéters artériels**.
 - 47,67% lorsque le médecin est un MAR
 - 38,91% lorsque le médecin est un MIR
 - 43,68% lorsque le médecin est un autre spécialiste d'organe

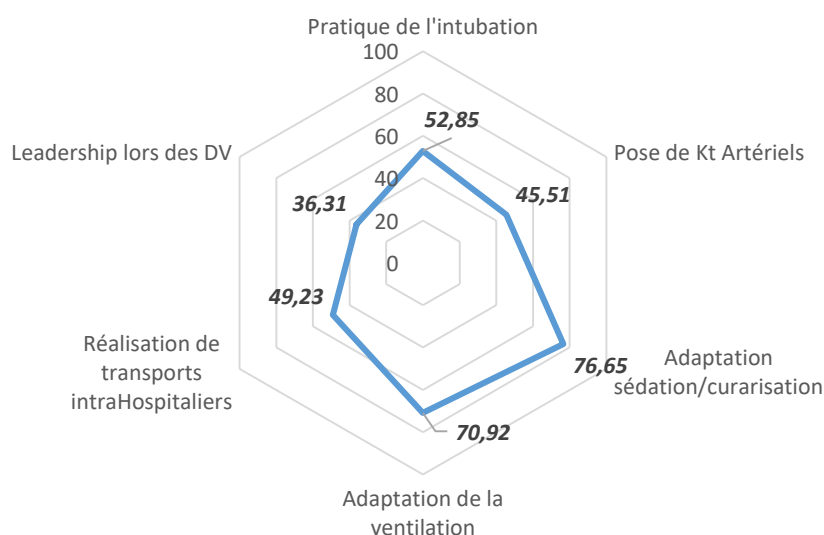
Réalisation de transports intra-hospitaliers

- 49,23% déclarent s'être vu confier **le transport intra-hospitalier de patients** (Scanner, bloc, mutation...)
 - 48,45% lorsque le médecin responsable est un MAR
 - 52,72% lorsque le médecin responsable est un MIR

- 39,13% lorsque le médecin est un autre spécialiste d'organe

Exercice d'un leadership pour la mise ou retournement en décubitus ventral

- 36,31% déclarent avoir pu exercer leur leadership lors des changements de position des patients (décubitus ventral)
 - 37,82% lorsque le médecin responsable est un MAR
 - 30,96% lorsque le médecin responsable est un MIR
 - 34,78% lorsque le médecin est un autre spécialiste d'organe



Après croisement des données, **81,71% des IADE du secteur privé** déclarent avoir pu effectuer l'adaptation des sédations/curares et **70,92%** pour l'adaptation des paramètres ventilatoires.

Commentaire :

Cet épisode a permis à de nombreux médecins intensivistes de découvrir la profession IADE, ses compétences, ses prérogatives et potentialités. L'analyse croisée des données démontre que, s'agissant de certaines pratiques professionnelles emblématiques IADE, les MIR ont été moins disposés à déléguer à ces « nouveaux collaborateurs ». Pour certaines pratiques, l'on voit que les médecins d'une autre spécialité d'organe ont parfois été plus prompts à se reposer sur les compétences IADE que leurs confrères/consœurs MAR/MIR.

Nous notons une plus forte autonomie d'action des IADE du secteur privé dans les réanimations de leurs établissements alors qu'il s'agissait d'une nouvelle affectation pour 100% d'entre eux/elles.

Déploiement Bloc-opératoire :

76,90% des IADE ont été **affectés au bloc opératoire**, il s'agissait de l'affectation habituelle pour 73,49% d'entre eux.

- 81,88% déclarent que leur bloc opératoire a conservé son activité chirurgicale.
 - ❖ 42,03% pour la chirurgie urgente uniquement
 - ❖ 39,86% pour la chirurgie urgente et le maintien d'une programmation.
 - 95,68% de ces chirurgies programmées concernaient la cancérologie.
- 12,74% déclarent que l'organisation de leur service dans ce contexte n'a pas rempli les obligations en vigueur sur la possibilité d'intervention immédiate d'un médecin-anesthésiste au décours d'une procédure.
- 40,53% déclarent s'être vu confier le transport intra-hospitalier de patients.

Commentaire : Malgré la crise, les prises en charge chirurgicales urgentes ont été assurées et les patients ont pu bénéficier des soins urgents et des traitements à visée cancérologique. L'évolution de la répartition des Médecin

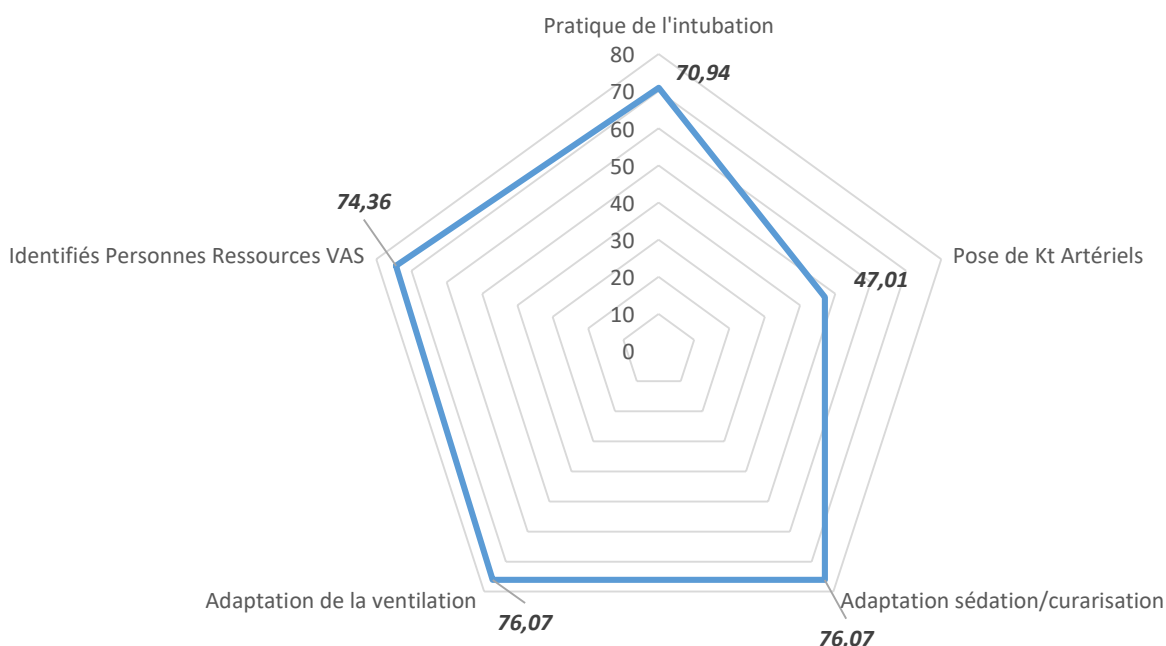
Commentaire : Le premier chiffre à noter est le nombre conséquent de nouvelles affectations en SAMU /SMUR avec 42 % des déclarants. La profession représente donc une ressource facilement mobilisable de professionnels compétents en médecine d'urgence, que ce soit pour renforcer les centres de régulation médicale ou pour armer des unités mobiles. 34 % des IADE en SMUR ont assuré des secours primaires para médicalisés, ce chiffre démontre la capacité de ces professionnels à libérer de façon sécuritaire du temps médical pour prendre en charge des patients COVID(+) mais également pour assurer un recours pour bon nombre d'autres indications.

Les transports inter hospitaliers ont obligatoirement augmenté au décours de cette épidémie avec la nécessité de transférer les patients dans les différents secteurs en fonction du niveau de gravité de l'infection à coronavirus. Les IADE ont donc participé activement à la fluidité organisationnelle de ces transferts en para médicalisant de nombreux transports inter hospitaliers (68%). Ce pourcentage est à mettre en perspective avec la proportion de TIH par rapport à l'ensemble des transports sanitaires opérés par les SMUR avant la crise qui représentaient moins de 1% des transports (SAE bordereau SAMU-SMUR). Ces chiffres montrent à la fois l'intérêt du développement de ce type de vecteur et l'adaptation des compétences IADE à sa mise en œuvre.

Les IADE ont également étroitement collaboré avec les médecins urgentistes lors des transports médicalisés et parfois dans des conditions exceptionnelles comme lors des transferts interrégionaux de longues distances (TGV, aviation civile et militaire).

Déploiement en service d'accueil des urgences :

8,14% des IADE ont été engagés sur des missions au sein des services d'accueil des urgences (SAU)



- 74,36% déclarent avoir été identifiés comme personnes ressources pour la gestion des voies aériennes supérieures (VAS) et de la sédation.
- 70,94% déclarent avoir pratiqué des intubations trachéales
- 76,07 déclarent avoir pu adapter les paramètres ventilatoires
- 76,07 déclarent avoir pu adapter la sédation et la curarisation des patients
- 47,01% déclarent avoir posé des cathéters artériels

Commentaire : 8,14 % des IADE ont été amenés à exercer dans les services d'urgences qui, dans de nombreux établissements, ont organisés la mise en place d'unités spécifiques dédiées à l'accueil de patients CoVid-19. Dans ce contexte, les chiffres montrent une forte implication des IADE qui y ont été affectés, dans la gestion et l'organisation des soins critiques dont ont bénéficié les patients admis aux urgences.

Conclusion

Dans ce contexte de crise sanitaire sans précédent, le SNIA a voulu faire un état des lieux de l'implication et du rôle des infirmier(e)s-anesthésistes au décours de la pandémie de CoVid-19.

Cette enquête permet de mesurer la participation active de l'ensemble de la filière IADE à l'organisation et à la gestion de la situation inédite à laquelle le système hospitalier français a dû faire face. Cet investissement sans réserve s'est parfois fait dans la douleur, au fil des incontestables pénuries d'équipements de protection individuelle, des contaminations et des adaptations plus ou moins justifiées des rythmes de travail et des conditions d'exercice. Il a exigé de l'abnégation et des efforts, mais les professionnels de santé que sont les IADE ont répondu présents et ont assuré leurs missions de soins auprès de l'ensemble de nos concitoyens.

Les cadres IADE ont organisé la mutation des unités, formé les professionnels, les IADE ont pris une part active dans les prises en soins des patients au sein de l'ensemble des services de soins critiques et les étudiants infirmiers-anesthésistes ont renforcé les services de soins. Toutes ces actions n'ont pu se faire que grâce à la pluridisciplinarité de la profession. Cette adaptabilité a autorisé le maintien des activités chirurgicales urgentes et/ou non différables tout en garantissant une souplesse organisationnelle permettant un renfort des équipes de réanimation, des urgences, des SAMU/SMUR et des secteurs d'hospitalisation en tension.

La ressource en personnel qualifié que constitue la profession a donc permis de créer en un temps record des unités éphémères de réanimation, des unités dédiées au CoVid-19, des solutions de prise en charge pré-hospitalière et de transports inter hospitaliers. Dans ce contexte, les infirmier(e)s-anesthésistes ont pu compter sur leur bagage technique et leur raisonnement clinique pour faire preuve d'adaptabilité et de rapidité d'intellection face à des situations de soins inhabituelles rencontrées au décours de leur activité au sein des services qu'ils ont renforcé. L'autonomie et le leadership des IADE a été un élément important dans la prise en charge des patients COVID(+), en participant activement à leur prise en charge clinique et technique, ils ont libéré du temps médical et sécurisé les filières de soins.

De par sa formation et son mode d'exercice, la profession d'infirmier(e)s-anesthésistes constitue depuis des décennies une sorte de lien tangible entre les différentes activités de soins spécifiques que sont l'anesthésie, l'urgence, la gestion de la douleur et la réanimation. Ces dernières années, ce lien n'a pas toujours été facile à maintenir car les tropismes politiques rationalisant à l'excès les activités paramédicales et médicales ont cherché à enfermer et à réduire l'exercice des IADE à un rôle d'exécutant en anesthésie.

Il aura fallu une crise sanitaire d'une ampleur rare pour mesurer l'intérêt d'une profession comme la nôtre et démontrer son utilité sociétale en dehors du bloc opératoire. Une profession capable de prendre une part active à la réflexion et à la création d'unités éphémères de réanimation et à même d'intégrer rapidement et efficacement ces nouvelles unités ou de renforcer les services existants. Des professionnel(le)s aguerris, capables de participer à la diversité des missions des SAMU/SMUR et des urgences qui ont permis une fluidification des soins et une optimisation des ressources médicales. C'est bien cette capacité d'adaptation, cette plasticité des professionnels de l'anesthésie/réanimation qui a participé à la résolution du problème majeur de la limite des places en réanimation, source de toutes les préoccupations au début de la pandémie.

A son niveau de compétence et d'expertise, il est incontestable que la profession IADE a efficacement contribué, aux côtés de l'ensemble des professions soignantes, à la résilience de notre système sanitaire dans cette situation exceptionnelle de menace pour l'état de santé de la population française.

Il faudra que les décideurs politiques prennent enfin la mesure de cet état de fait pour considérer nos potentialités et organiser les futures orientations concernant les professions paramédicales.

Le S.N.I.A est un syndicat professionnel (lois des 21 mars 1884 et 12 mars 1920), créé en 1951.
Représentant de la profession au Haut Conseil des Professions Paramédicales (HCPP)
Membre fondateur et représentant de *l'International Federation of Nurse Anesthetists* (IFNA)
Membre fondateur du Collège Infirmier Français (CIF)
Membre fondateur du Conseil National Professionnel des Infirmier(e)s-Anesthésistes (CNPIA)

SNIA

157, Rue Legendre - 75017 Paris

Tél : 01.40.35.31.98

Fax : 01.40.35.31.95

contact@snia.net

www.snia.net

