N°193 Novembre 2012

Syndicat National des Infirmiers Anesthésistes

Bulletin d'Information du Syndicat National des Infirmiers Anesthésistes

- Le choc anaphylactique
- Actualité syndicale
- Arrêté de formation
- Lu dans la presse
- Paru au JO

157, rue Legendre -75017 Paris

annonces CONGRES

23 novembre 2012 - CESU - Grenoble
2ème journée nationale de développement professionnel continu des enseignants de CESU
E-Mail : cesu38secretariat@chu-grenoble.fr - Site : http://www.ancesu.fr/

---

21 au 24 novembre 2012 - Lille (Grand Palais)
Douleur - 12ème congrès national de la SFETD
Secrétariat administratif de la SFETD - Tél. : +33 4 92 03 79 46 - Fax : +33 4 92 03 84 69
E-mail : sofradol@club-internet.fr - Site : http://www.congres-sfetd.fr/

23, 24 et 25 novembre 2012 - AGORA 2012 - Rennes
Journées Rennaises d'Anesthésie Réanimation
E-mail : agora@mcocongres.com - site : www.agora.mcocongres.com

---

24 novembre 2012 - Tolos'IADE - Toulouse
Journée pour la formation des Infirmiers anesthésistes
E-mail : tolosiade@gmail.com - site : www.tolosiade.com

---

30 novembre 2012 - AFISAR - Villejuif
21ème Congrès National des Infirmiers(ères) Anesthésistes, de réanimations et de SSPI
Site : http://www.afisar.fr

---

22 et 23 mars 2013 - Paris - J.E.P.U.
35e réunion de perfectionnement des infirmiers anesthésistes
Renseignements : J.E.P.U. Anesthésie Réanimation - Tél. : 01 42 16 22 54
E-mail : jepu.anesthesie@psl.aphp.fr - Site : www.jepu.net

---

4 et 5 avril 2013 - JLAR - Lilles
XXè Journées Lilloises d'Anesthésie Réanimation et de Médecine d'Urgence 2O13
Site : http://www.jlar.com

Mai 2014 - Tunisie

11ème Congrès Mondial des Infirmiers Anesthésistes

Site : www.wcna2014.com

édito et sommaire

Bulletin n° 193 novembre 2012

EDITO
3

SITUATIONS CRITIQUES LIÉS AU PATIENT : LE CHOC ANAPHYLACTIQUE
A.Lescoche, F. Brasseur, C. Baillard
4

AUDIENCE MINISTÈRE DE LA SANTÉ - SNIA
8

ARRÊTÉ DE FORMATION DES IADE
12

HCCP
22

LES ERREURS COGNITIVES
24

LU DANS LA PRESSE
26

PARU AU JO
32

ANNONCE ASSEMBLÉE GÉNÉRALE SNIA
33

LES ANNONCES DE RECRUTEMENT
35

Comme je vous le disais dans l'édito du mois d'août, deux courriers ont été adressés à notre ministre de la santé, madame Marisol Touraine, dès sa nomination.
Nous avons donc été reçus le 12 septembre dernier. Lors de cette réunion, nous avons énoncé et argumenté toutes les revendications de la profession. Le compte-rendu (voir pages suivantes) a été établi à partir du tableau des doléances que nous leur avions laissé. Nous n'avons certes pas obtenu de solution aux différents problèmes (on s'y attendait un peu) mais il faut considérer cette réunion comme un premier contact avec notre nouvelle tutelle et l'ouverture d'un dialogue.
Nos interlocuteurs nous ont conseillé de contacter la ministre de la fonction publique, madame Marylise Lebranchu, au sujet de certaines revendications spécifiques. Nous avons donc demandé à être reçus par ce ministère. Nous avons très rapidement obtenu un rendez-vous. Lors du conflit 2010, le ministère de la fonction publique n'avait jamais accordé une entrevue au SNIA. Nous sommes enfin écoutés en attendant d'être enfin exaucés au moins en partie, espérons-le.

Le SNIA est reçu par les hautes autorités.

Soyez convaincus que lorsque le SNIA est invité, c'est toute la profession qui est invitée. Ces deux ministères ont répondu favorablement à nos demandes d'audience. Il est donc légitime de garder espoir en ce qui concerne les revendications nées depuis le printemps 2010 mais aussi pour les actions futures. Nous pouvons penser que la concertation sera de mise à l'avenir et que la profession va pouvoir bénéficier de changements. Ces invitations au dialogue ne peuvent que nous motiver et nous encourager à continuer l'action.

D'ailleurs, l'action du SNIA repose essentiellement sur le bénévolat de ses membres. Et parmi ces bénévoles, je voudrais remercier ceux qui se chargent justement du bulletin d'information et grâce à qui vous lisez ces quelques lignes.

Je vous donne rendez-vous à l'assemblée générale du syndicat qui se tiendra le 24 novembre prochain à Paris.

Je souhaite à tous de bonnes fêtes de fin d'année.

Jean-Marc SERRAT
Président

Syndicat National des Infirmiers Anesthésistes

157, rue Legendre - 75017 Paris
Tél. : 01 40 35 31 98 - Fax : 01 40 35 31 95
E-mail : snia75@snia.net

Editeur et régie publicitaire :
Macéo éditions – M. Tabtab, Directeur
11, bd Ornano - 75018 Paris
Tél. : 01 53 09 90 05
E-mail : maceoeditions@gmail.com

Imprimé à 700 exemplaires. Fabrication et impression en UE.

Toute reproduction, même partielle, est soumise à l'autorisation de l'éditeur et de la régie publicitaire.

Les annonceurs sont seuls responsables du contenu de leur annonce.

SITUATIONS CRITIQUES LIÉES AU PATIENT

LE CHOC ANAPHYLACTIQUE

A. Lescoche, F. Brasseur, C. Baillard

Correspondance : *Christophe Baillard, Service d'Anesthésie-Réanimation, Unité de Surveillance Continue, GHU Paris-Seine-Saint-Denis, CHU Avicenne, Bobigny, 93009*

EA 34-09, UFR SMBH Université Paris 13 - Tél. : 01 48 95 55 91 - fax : 01 48 95 55 89

Email : christophe.baillard@avc.aphp.fr

1. Introduction

La maîtrise des risques reste une préoccupation majeure en anesthésie. Malgré une stratégie de prise en charge du risque allergique peranesthésique bien codifiée, l'anaphylaxie reste un accident redouté en raison de son caractère imprévisible et de ces conséquences en termes de morbi-mortalité. La mise à jour en 2010 du référentiel pour la pratique clinique (RPC) concernant la prévention du risque allergique en anesthésie, organisé conjointement par la société française d'anesthésie réanimation et la Société Française d'Allergologie, apporte une actualisation sur un sujet en perpétuel évolution [1]. Le texte qui suit reprend en tout ou partie ce référentiel [1].

2. Définitions et épidémiologie du risque allergique en anesthésie

2.1. Définitions

Réactions d'hypersensibilité : les réactions d'hypersensibilité immédiate peuvent être allergiques (habituellement liée à la présence d'IgE spécifiques, parfois d'IgG) ou non allergiques (anciennement réactions anaphylactoïdes, le plus souvent par histaminolibération non spécifique). Les réactions d'hypersensibilité retardée allergiques surviennent après un intervalle libre excédant 1 à 2 heures et sont le plus souvent d'expression cutanée.

Anaphylaxie ou réaction anaphylactique : terme réservé à une réaction grave d'hypersensibilité immédiate allergique ou non allergique.

Atopie : susceptibilité anormale d'un organisme à synthétiser des IgE spécifiques contre des antigènes naturels de l'environnement introduits par voies naturelles (asthme allergique aux pollens, allergie alimentaire, allergie au latex).

2.2. Epidémiologie : incidence, substances responsables, morbi-mortalité et présentation clinique

L'incidence des réactions d'hypersensibilité immédiate allergiques peranesthésiques varie selon les pays de 1/10 000 à 1/20 000 anesthésies. Elle a été évaluée en France, en 1996, à 1/13 000 anesthésies générales et locorégionales, toutes substances responsables confondues [2]. L'incidence de l'anaphylaxie aux curares varie selon les pays. Elle a été estimée à 1/6 500 anesthésies ayant comporté un curare en France, et à 1/5 200 en Norvège [3]. La mortalité des réactions d'hypersensibilité immédiate peranesthésiques varie de 3 à 9 % selon les pays [4]. La morbidité la plus sévère s'exprime par des séquelles anoxiques cérébrales plus ou moins graves. Son incidence n'est pas précisément connue.

- Parmi les substances responsables des réactions allergiques immédiates survenues en cours d'anesthésie, les curares représentent 62,6 % d'entre elles, le latex 13,8 %, les hypnotiques 7,2 %, les antibiotiques 6 %, les substituts du plasma 3,2 %, les morphiniques 2,4 % [2-3]. L'allergie aux anesthésiques locaux apparaît exceptionnelle compte tenu de la fréquence d'utilisation des anesthésiques locaux. Aucune réaction anaphylactique n'a été publiée avec les anesthésiques halogénés. D'autres substances peuvent induire une anaphylaxie en cours d'anesthésie : aprotinine, chlorhexidine, protamine, papaïne, héparine, bleu patenté ou de méthylène.
- Tous les curares peuvent être à l'origine d'une réaction d'hypersensibilité immédiate. Les réactions peuvent survenir dès la première administration en raison d'une sensibilité croisée préalable. Le curare le plus fréquemment impliqué dans les réactions immédiates allergiques est le suxaméthonium. Une sensibilisation croisée entre différents curares est possible.

  Les substances potentiellement responsables de choc anaphylactique chez l'enfant sont les mêmes que chez l'adulte, mais l'allergène le plus fréquemment en cause est le latex, en particulier chez l'enfant multi-opéré et porteur de spina bifida, ce qui justifie la mise en place d'une stratégie de prévention primaire de la sensibilisation au latex.
- Les réactions d'hypersensibilité non immédiates impliquant les produits de l'anesthésie sont peu fréquentes. Elles sont principalement décrites avec les anesthésiques locaux, les antibiotiques, les antiseptiques, les héparines et les produits de contraste iodés ou gadolinés.

3. Manifestation cliniques et physiopathologie du choc anaphylactique

Les manifestations cliniques sont décrites suivant quatre grades de gravité croissante (Classification de Ring et Messmer : Tableau 1). Les signes cliniques ne sont pas toujours au complet, et peuvent prendre des masques trompeurs. L'absence de signes cutanéo-muqueux n'exclut pas le diagnostic d'anaphylaxie. La symptomatologie est de survenue immédiate après l'injection des médicaments de l'induction anesthésique mais peut être de survenue tardive (jusqu'à plus d'une heure) si le latex ou les colorants sont responsables.

Les réactions d'hypersensibilité immédiate allergiques sont la conséquence de l'activation des mastocytes et basophiles sous l'action de l'allergène reconnu par les IgE fixées à la surface de ces cellules. Les médiateurs libérés sont l'histamine, les dérivés de l'acide arachidonique, le TNF alpha, et certaines enzymes (tryptase, notamment). Ils induisent une altération de la perméabilité capillaire (urticaire, œdème), une bronchoconstriction et une chute tensionnelle avec tachycardie, tous signes observés au cours du choc anaphylactique. Les réactions d'hypersensibilité immédiates non allergiques (anciennement anaphylactoïdes) entraînent des manifestations de gravité moindre que les réactions d'hypersensibilité immédiate allergiques. Elles résultent d'une activation des basophiles et des mastocytes par des stimuli ne dépendant pas des IgE spécifiques. (**Tableau 1**)

I	signes cutanéomuqueux généralisés : érythème, urticaire, avec ou sans œdème
II	atteinte multiviscérale modérée, avec signes cutanéo-muqueux, hypotension artérielle (chute systolique > 30 %) et tachycardie (> 30 %), hyperréactivité bronchique (toux, difficulté ventilatoire)
III	atteinte multiviscérale sévère menaçant la vie et imposant une thérapeutique spécifique = collapsus, tachycardie ou bradycardie, troubles du rythme cardiaque, bronchospasme ; les signes cutanés peuvent être absents ou n'apparaître qu'après la remontée tensionnelle.
IV	arrêt circulatoire et/ou respiratoire

Tableau 1 : Score de gravité des manifestations cliniques au cours des réactions d'hypersensibilité immédiates

La première phase du choc anaphylactique correspond au tableau d'un choc hyperkinétique, associant tachycardie et effondrement des résistances vasculaires systémiques par vasodilatation périphérique artériolaire provoquant une diminution du retour veineux et du débit cardiaque. Puis apparaît un tableau de choc hypovolémique hypokinétique, secondaire à l'extravasation plasmatique transcapillaire. Le retard au traitement ou une thérapeutique inadaptée peut aboutir à une anoxie tissulaire, puis à un syndrome de défaillance viscérale rendant le choc rapidement réfractaire. La prise au long cours de ß-bloquants est un facteur de gravité.

4. Traitement des réactions d'hypersensibilité immédiate et, en particulier, du choc anaphylactique survenant en cours d'anesthésie

Les recommandations pour le traitement des réactions d'hypersensibilité immédiate survenant durant l'anesthésie ne doivent pas être conçues comme un schéma rigide. Ce traitement doit être adapté à la gravité clinique, aux antécédents du patient, aux traitements en cours et à la réponse au traitement d'urgence. Il sous-entend le monitorage nécessaire à toute anesthésie.

Les mesures générales sont à appliquer dans tous les cas :

- Arrêt de l'administration du produit suspecté.
- Information de l'équipe chirurgicale (en fonction de la situation : abstention, simplification, accélération, ou arrêt du geste chirurgical).
- Administration d'oxygène pur.

Dans les réactions de grade I, les mesures décrites ci-dessus sont généralement suffisantes.

Dans les cas plus sévères (grade II ou III) :

- Oxygénation. Contrôle rapide des voies aériennes.
- Adrénaline par voie intraveineuse par bolus à doses titrées. La dose initiale dépend de la sévérité de l'hypotension (10 à 20 µg pour les grades II ; 100 à 200 µg pour les grades III), et doit être répétée toutes les 1 à 2 minutes jusqu'à restauration d'une pression artérielle suffisante (PAM= 60 mm Hg). En cas d'efficacité insuffisante, les doses doivent être augmentées de façon rapidement croissante. Une perfusion intraveineuse à la dose de 0,05 à 0,1 µg.kg-1.min-1 peut éviter d'avoir à répéter les bolus d'adrénaline. En l'absence de voie veineuse efficace, la voie intramusculaire peut être utilisée (0,3 à 0,5 mg), à répéter après 5 à 10 min, en fonction des effets hémodynamiques. Dans les mêmes circonstances, la voie intratrachéale peut être utilisée chez le patient intubé, en sachant que seul un tiers de la dose parvient dans la circulation systémique.
- Demande d'aide de personnel compétent.
- Surélévation des membres inférieurs.
- Remplissage vasculaire rapide par cristalloïdes isotoniques. Les colloïdes sont substitués aux cristalloïdes lorsque le volume de ces derniers dépasse 30 ml.kg-1, en évitant les produits suspectés être à l'origine de l'accident.
- En cas de bronchospasme sans hypotension artérielle, il faut administrer des agonistes β2-adrénergiques inhalés, type salbutamol, avec chambre d'inhalation. En cas de résistance ou de forme d'emblée sévère, on peut utiliser la voie intraveineuse : salbutamol en bolus de 100 à 200 µg, suivi d'une perfusion continue (5 à 25 µg/min). Les formes les plus graves peuvent relever de la perfusion continue d'adrénaline.
- Chez les patients traités par ß-bloquants, il peut être nécessaire d'augmenter rapidement les doses d'adrénaline : le premier bolus est de 100 µg, suivi, en cas d'inefficacité, par 1 mg, voire 5 mg, à 1 ou 2 min d'intervalle. En cas d'inefficacité, le glucagon peut être proposé (1 à 2 mg par voie intraveineuse, à renouveler toutes les 5 min).

Une perfusion continue de glucagon peut être utilisée (5-15 µg/min ou 0,3-1 mg.h-1). En cas d'hypotension réfractaire à de fortes doses d'adrénaline, divers autres médicaments vasoconstricteurs ont été proposés, notamment la noradrénaline (à partir de 0,1 µg.kg-1.min-1) ou les autres α-agonistes, ou la terlipressine à la dose de 2 mg en bolus.

En cas d'arrêt cardiaque (grade IV) :

- Massage cardiaque.
- Adrénaline : bolus de 1 mg toutes les 1 à 2 min. En cas d'inefficacité, l'augmentation des doses jusqu'à 5 mg par injection est possible.
- Mesures habituelles de réanimation d'une inefficacité cardio-circulatoire.

En seconde intention dans les formes graves :

- Les corticoïdes peuvent atténuer les manifestations tardives du choc : hémisuccinate d'hydrocortisone, à raison de 200 mg par voie intraveineuse toutes les six heures.
- Une surveillance intensive doit être assurée durant au moins 24 heures, en raison du risque d'instabilité tensionnelle.

Particularités chez l'enfant

Les principes du traitement des réactions anaphylactiques chez l'enfant sont identiques à ceux décrits chez l'adulte. Une pression artérielle systolique < 70 mmHg entre 1 et 12 mois, 70 + 2 fois l'âge (en années) entre 1 et 10 ans, et 90 mmHg au-delà de 10 ans, traduit une hypotension. Les seules particularités portent sur les posologies des agents médicamenteux et ne seront pas détaillées ici. Le lecteur est invité à se reporter au référentiel [1].

5. Conduite du bilan diagnostique

Face à tout accident, un bilan diagnostique immédiat et à distance est à réaliser à la recherche d'une réaction d'hypersensibilité allergique ou non allergique de l'agent causal et d'une sensibilité croisée s'il s'agit d'un curare. La réalisation de ce bilan permet pour le patient d'éviter la réexposition à l'allergène et donc la récidive du choc anaphylactique. Il permet aussi d'apporter des éléments épidémiologiques pertinents.

5.1 Bilan immédiat

Le bilan immédiat n'est pas toujours facile à réaliser ; il est concomitant au traitement de l'accident anaphylactique. Il consiste à prélever des échantillons sanguins au cours de la réaction. On dose ainsi la tryptase sérique, l'histamine plasmatique et les immunoglobulines E spécifiques dans le sérum du patient concernant principalement les ions ammonium quaternaires (curares), le thiopental, le latex, les ß-lactamines et la chlorhexidine. Il est sous la responsabilité du médecin anesthésiste réanimateur de s'assurer de la mise en œuvre des investigations, en partenariat avec une consultation d'allergo-anesthésie, d'informer le patient sur la nature de la réaction peranesthésique et sur la nécessité absolue de réaliser un bilan allergologique dans un centre d'allergo-anesthésie. La remise d'un courrier détaillé et d'une carte d'allergie provisoire est recommandée et de déclarer l'accident au centre régional de pharmacovigilance si un médicament est suspecté, ou au responsable de la matériovigilance de l'établissement si le latex est suspecté.

Pour la bonne réalisation du bilan, compte tenu du contexte d'urgence, il convient de disposer d'un kit de prélèvements « anaphylaxie » avec les tubes, ainsi que les documents à joindre, l'adresse et numéro de téléphone du laboratoire. Le prélèvement consiste à recueillir dans les minutes qui suivent l'accident un tube sec de 7ml (IgE) et un tube EDTA de 7ml (tryptase et histamine). Les tubes doivent être transmis au laboratoire local dans les 2 h. En cas d'impossibilité, ils peuvent être conservés au réfrigérateur à + 4°C pendant 12 h au maximum (tableau 2). Il ne faut pas réaliser de dosage de l'histamine plasmatique dans les situations cliniques qui sont associées à des faux-négatifs : les femmes enceintes, à partir du deuxième semestre de gestation, et les patients recevant de l'héparine. (**Tableau 2**)

Dosages	Tube	Prélèvement < 30 min	Prélèvement 1 à 2h	Prélèvement > 24 h
Histamine	EDTA	+	(+)	
Tryptase	EDTA/sec	+	+	+
IgE anti-AQ	Sec	+	(+)	(+)

+ : recommandé ; **(+)** : si non réalisé au moment de la réaction

Tableau 2 : Modes et temps de prélèvements sanguins pour les dosages d'histamine, de tryptase et d'IgE anti-ammonium quaternaire

5.2. Bilan à distance

Il consiste en la réalisation de tests cutanés dans un délai de 4 à 6 semaines après l'accident dans un centre de diagnostique d'allergo-anesthésie. Le prick- test et l'intradermo-réaction sont la référence pour le diagnostic des allergies IgE-dépendantes.

6. Facteurs favorisant une réaction d'hypersensibilité et place du bilan allergologique préanesthésique

6.1. Les patients à risque de réaction d'hypersensibilité sont :

- ceux dont le diagnostic d'allergie a été préalablement établi, il convient de conserver les conclusions du bilan allergologique antérieur et en cas d'allergie aux curares de tester les curares nouvellement commercialisés ;

- ceux ayant manifesté des signes cliniques évocateurs d'une allergie lors d'une précédente anesthésie et/ou lors d'une exposition au latex ;
- les enfants multi-opérés, notamment pour spina bifida ou myéloméningocèle, en raison de la fréquence importante de la sensibilisation au latex et
- ceux ayant présenté des manifestations cliniques à l'ingestion d'avocat, kiwi, banane, châtaigne, sarrasin, etc., en raison de la fréquence élevée de sensibilisation croisée entre ces aliments et le latex.

6.2. Bilan allergologique préanesthésique

Les facteurs de risque allergique doivent être recherchés de manière systématique avant toute anesthésie. Seuls les patients à risque définis précédemment justifient des investigations allergologiques à la recherche d'une sensibilisation allergique avant toute anesthésie. En situation d'urgence, le principe de précaution fera exclure le latex de l'environnement du patient, utiliser une anesthésie locorégionale ou une anesthésie générale en évitant les curares et les médicaments histaminolibérateurs.

6.3. Situations particulières

Si le patient signale une réaction à la morphine ou à la codéine, il ne faut pas réinjecter de morphine ou de codéine, mais tous les autres morphiniques sont utilisables. L'allergie alimentaire à l'œuf ou au soja ne contre-indique pas l'utilisation du propofol. L'allergie aux fruits de mer ou au poisson ne contre-indique pas les médicaments et badigeons iodés.

7. Prévention primaire et secondaire. Prémédication. Antibioprophylaxie.

7.1. Prévention primaire

La prévention primaire, c'est-à-dire la non-exposition au médicament ou au matériau, est impossible pour les agents anesthésiques mais est réalisable avec certains matériaux comme le latex. La décision institutionnelle de travailler en ambiance « latex-free » est une prévention primaire efficace.

7.2. Prévention secondaire

La meilleure prévention secondaire correspond à la non-administration du médicament auquel un sujet est sensibilisé. Il faut déterminer l'allergène responsable d'une réaction d'hypersensibilité immédiate pour éviter une réaction d'hypersensibilité immédiate lors d'une utilisation ultérieure du médicament. Les patients sensibilisés au latex doivent être inscrits en première position sur le programme opératoire, dans un environnement exempt de latex. Il faut notifier la sensibilisation du patient au latex pendant son séjour hospitalier (service d'hospitalisation, bloc opératoire, SSPI).

7.3. Prémédication

Aucune prémédication n'est efficace pour prévenir une réaction d'hypersensibilité immédiate allergique mais l'utilisation de médicaments antagonistes des récepteurs à l'histamine peut diminuer l'incidence et l'intensité des réactions d'hypersensibilité immédiate non allergiques. Il n'existe pas de preuve de l'efficacité, en administration unique, de la prémédication par corticoïdes pour la prévention d'une réaction d'hypersensibilité immédiate.

7.4. Antibioprophylaxie

Il est recommandé d'administrer l'antibioprophylaxie préopératoire au bloc opératoire chez un patient monitoré et éveillé, avant l'induction anesthésique. Dans ce cas, l'imputabilité de l'antibiotique est plus facile à déterminer. La réanimation d'un patient n'ayant pas reçu de médicaments agissant sur le système cardiovasculaire est plus facile.

8. Conclusion

Malgré l'avancée des connaissances, la prédiction du risque allergique reste limitée, les équipes d'anesthésie et les patients doivent donc composer avec ce risque qui peut survenir à l'occasion de toute anesthésie.
La connaissance des mécanismes et la reconnaissance des signes cliniques du choc anaphylactique se révèlent primordiales pour un diagnostic précoce et une meilleure prise en charge thérapeutique. La mise en place du traitement doit être précoce et répondre aux recommandations afin de diminuer les risques de complications et de séquelles pour le patient. La prise en charge du choc anaphylactique doit faire l'objet de formation au sein du service. La réalisation du bilan immédiat doit être prévue, en amont dans l'organisation du service, par un protocole de service et/ou sous forme de kit afin de faciliter sa réalisation. Le bilan à distance doit être réalisé afin de se prémunir d'un nouvel accident.

Bibliographie

[1] Prévention du risque allergique peranesthésique. **Recommandations pour la pratique clinique** (actualisation). Texte court in press . SFAR 2010
[2] **Mertes PM, Laxenaire MC, GERAP**. Épidémiologie des réactions anaphylactiques et anaphylachoïdes peranesthésiques en France - Septième enquête multicentrique. Ann Fr Anesth Reanim 2004 ; 23 : 1133-43
[3] **Harboe T, Guttormsen AB, Irgens A, Dybendal T, Florvaag E.** Anaphylaxis during anesthesia in Norway : a 6-year single-center follow-up study. Anesthesiology. 2005 ; 102 : 897-903
[4] **Lienhart A, Auroy Y, Péquignot F, Benhamou D, Warszawski J, Bovet M, Jougla E.** Survey of anesthesia-related mortality in France. Anesthesiology. 2006 ; 105 : 1087-97

AUDIENCE MINISTERE DE LA SANTE - SNIA

Paris le 12 Septembre 2012

Membres du SNIA : *JM. SERRAT - Président ; S. TALAND - Secrétaire général ; M.A SAGET - chargée de mission SNIA*

Représentants du ministère de la Santé : *E. PARIER - Conseillère ministérielle ; D. ANNANE - PUPH AR*

Conseiller ministériel : *M. LENOIR-SALFATI - représentante DGOS*

Justice statutaire	*Dénonciation droit d'option*	Perte de la reconnaissance de la pénibilité, (+7 années à terme contre +2 années pour la population générale). Vécu comme un chantage par les professionnels, signé par le seul SNCH. Écrasement des grilles, les IADE sont les moins revalorisés… écart salarial IDE/IADE encore amoindri.[i] • *demande de nouvelles mesures concernant la reconnaissance de la pénibilité de notre métier et de la filière infirmière en général***.**	Les représentants nous font part de l'agenda social faisant suite à la conférence sociale initiée par Marisol Touraine, dont Marylise Lebranchu est chargée. Il est prévu une ouverture globale des négociations dans la fonction publique à l'issue des conclusions de ce travail (2013). *(Rien n'est dit que les IADE seront concernées par cette réforme !)*
	Revendications salariales Grilles indiciaires // niveau Master	Grilles salariales : ne sont pas d'un niveau Master, (ex : psychologue clinicien). • *Possibilité d'obtenir le grade 5 ?* • *Revendication historique d'un différentiel de 100 points d'indice INM entre IDE et IADE (25 points par semestres d'études).*	Nous avons déroulé notre long argumentaire sur les grilles indiciaires. Aucune annonce n'est faite par nos interlocuteurs qui nous renvoient à l'agenda social. Analyse des grilles indiciaires, Document de K. Boudjedra (AG de Dijon) remis en main propre.
	IADE/FEHAP	Aucune revalorisation malgré le mouvement de 2010, convention collective 51 actuellement dénoncée. • *Demande d'appui pour l'obtention du statut cadre et non du statut assimilé cadre actuel.* • *L'augmentation de 60 points du complément de diplôme. Cela s'impose pour que les postes d'IADE des établissements FEHAP restent attractifs et supportent la concurrence.*	Nos interlocuteurs prennent note de ces demandes. Ils nous annoncent que Mme Touraine est intervenue dans le cadre de cette dénonciation en permettant deux mois de négociations supplémentaires à la FEHAP et aux fédérations syndicales.
	CS IADE	Aucune revalorisation prévue, droit d'option des cadres en attente depuis juillet 2012 ! *Demande à ce que le régime indemnitaire prenne en considération la spécificité des CS IADE (maintien de la NBI et du delta entre grilles IADE et CS IADE).* *Nécessité pour les équipes d'anesthésie-Réanimation d'être managés par un cadre de santé issu de la spécialité.*	Le texte législatif du droit d'option des cadres de santé est actuellement en lecture au conseil d'Etat. Nos interlocuteurs prennent note de cette demande. Nos interlocuteurs sont partagés sur cette nécessité ! Nous avons insisté TRES fermement sur ce point.

	Abus des directions hospitalières concernant avancement, réintégration…	Il existe des largesses d'interprétation de la législation par les directions hospitalières, tranchant systématiquement en défaveur des agents concernant leurs droits et leur avancement.[ii] 1. Refus de passage en classe supérieure alors qu'il n'existe aucun quota pour ce passage et que les personnels remplissent pourtant les prérequis.[iii] 2. Réintégration des IADE nouvellement diplômés sur des postes d'infirmier en soins généraux. 3. Réintégration des IADE sur des postes fonctionnels mais avec le traitement d'un infirmier en soins généraux dans l'attente d'un concours sur titre… Perte de la bonification d'ancienneté de 24 mois lors de la prise de fonction au sortir de la formation IADE.[iv] • *Nous voulons avoir une oreille disponible et bienveillante au sein de la DGOS concernant les conflits pouvant opposer des IADE à leurs directions générales dans lesquels le SNIA s'implique.* • *Nous souhaitons qu'un texte législatif encadre toutes ces incohérences.*	Nous avons remis un dossier concernant certains collègues s'étant vu refusés le passage en classe supérieure malgré le fait qu'ils remplissent les conditions requises. La DGOS s'engage à étudier leur dossier. (Remis en main propre) Pour la DGOS, le passage en classe supérieur des IADE n'a rien d'automatique, même si la valeur professionnelle des agents est exemplaire ! (Chaque direction est libre d'accorder ou non cet avancement) Nous dénonçons ces inégalités d'avancement de carrière selon l'établissement ou la mentalité de l'équipe de direction ! (remise en main propre de la lettre RAR destinée à l'ancienne DGOS dénonçant ces largesses d'interprétation) Démonstration a été faite du faible gain indiciaire des futurs diplômés si ces 24 mois ne leur sont plus accordés. La DGOS s'engage à se pencher sérieusement sur ce dossier.
Justice et Considération professionnelle	*Article 51. HPST / Défense de l'exclusivité d'exercice*	Respect de l'exclusivité d'exercice IADE : • *Refus de toute prise en charge d'anesthésie/sédation par du personnel non qualifié.* • *Nous demandons à être consultés systématiquement pour tous les transferts ayant attraits à l'anesthésie réanimation urgence douleur.* • *Le SNIA ne s'oppose pas aux transferts MAR vers IADE dans le respect d'un niveau de sécurité optimal pour les patients.*	Nos interlocuteurs prennent note de ces demandes.
	Elargissement du champ professionnel des IADE	De nouvelles techniques de soins et de prise en charge apparaissent (exemple : thérapies hypnotiques : hypno-sédation / hypno-analgésie, …), on ne peut que regretter que ces formations ne soient que difficilement accessibles aux IADE. • *Ces formations doivent être inscrites dans le champ professionneldes IADE.* Certaines organisations de travail enferment l'infirmier anesthésiste dans un rôle de préparateur en anesthésie ou tentent de l'évincer d'une pratique régulière de l'urgence au sein des SMUR. • *Nous réaffirmons la place de "l'infirmier anesthésiste" comme acteur incontournable de la réalisation de l'acte anesthésique.*	Nos interlocuteurs s'estiment incompétents pour traiter cette demande à partir du moment où ces formations (DU, DIU) dépendent du système universitaire. Nous demandons tout de même leur soutien sur ce point au cas où leurs services seraient saisis de ces problématiques. Nous rassurons le Pr Annane sur le fait que nous ne voulons pas nous affranchir d'une supervision médicale mais que notre fonction doit aussi être mieux considérée et reconnue par le corps médical.

	Pré-hospitalier	S'il doit y avoir un échelon intermédiaire entre la médicalisation et la réponse secouriste, les infirmiers les mieux formés à ce type d'activité au regard de leur parcours et de leur formation, sont les IADE. • *Nous demandons que des consignes soient données aux ARS afin que l'on cesse de proposer une diminution de la qualité de la prise en charge en retirant les IADE des SMUR au profit d'infirmiers en soins généraux sous couvert d'économies.* • *Revendication de l'activité mixte polyvalente en secteur d'anesthésie et en SMUR basé sur le volontariat.* • *Demande d'un rendez-vous avec la personne référente en charge du dossier « urgences pré-hospitalières » pour que l'on puisse développer notre argumentaire.*[v]	Dossier argumentaire remis en main propre sur la place de l'IADE en SMUR.
	Formation	Satisfaction sur le nouveau programme de formation, mais nous attendons la publication d'un arrêté du MESR conférant au DEIA le grade de Master. Le référentiel d'activité IADE n'a jamais été validé par le groupe de travail MAR/IADE. Nous avons amendé le texte lors du HCPP du 6 juin 2012, la proposition n'a pas été reprise lors de la publication du référentiel. *Constat sur les difficultés financières pour se former au métier IADE et le nombre de places et de formateurs en école***.** Baisse des financements des promotions professionnelles (exemple : Ile de la Réunion, annulation rentrée 2012 car pas de financement des promotions professionnelles !). *Nous demandons l'accélération de la mise en place de la procédure permettant aux IADE en poste (le stock) d'obtenir par VAE le grade de Master.* *Nous sommes volontaires pour participer au groupe de travail qui sera créé sur ce sujet.*	Le conseiller ministériel chargé de l'enseignement médical et de la recherche se félicite de l'obtention du grade de Master au DEIA. Nous lui rappelons que la traduction indiciaire serait bienvenue et nécessaire pour une profession désormais reconnue à BAC+5. La DGOS propose que nous la saisissions de ce problème afin qu'elle puisse nous faire parvenir une lettre officielle ne remettant pas en cause les possibilités pour l'IADE d'effectuer seul une induction anesthésique (dans le respect de la loi). Aucune annonce n'est faite par nos interlocuteurs. Il n'y aura pas de procédure spécifique, celle-ci existant déjà pour toute VAE dans le système universitaire. Chaque IADE désirant se voir conférés le grade de Master doit donc faire une démarche individuelle auprès de l'université…

Premier contact cordial avec une nouvelle équipe ministérielle à l'écoute. Nous ne nous attendions pas à ce que nos interlocuteurs nous apportent des remèdes miracles, mais nous ressortons tout de même déçu sur le peu de solutions apportées aux différentes revendications énoncées. Le chemin semble encore long pour qu'enfin la profession IADE soit reconnue à sa juste valeur et obtienne réparation des injustices subies sous la précédente législature.

Soyez assurés que nous continuerons à porter haut les revendications de la filière IADE.

[i] Document joint : Reclassement/Revalorisation induits par le protocole « Bachelot 2010 » K. Boudjedra.

[ii] Lettre RAR à Annie Podeur, Ex-DGOS dénonçant les largesses d'interprétations législatives de certaines directions hospitalières.

[iii] Dossier CH LAON : Cas classiques de refus non motivés de passage en classe supérieure.

[iv] Circulaire DHOS/P 2 n° 2003-185 du 9 avril 2003.

[v] Dossier SNIA Préhospitalier.

LETTRE À MARYLISE LEBRANCHU

Syndicat National des Infirmiers Anesthésistes

Paris le, 20 septembre 2012

Madame Marylise Lebranchu
Ministre de la Réforme de l'État, de la Décentralisation et de la Fonction publique
80 rue de Lille
75007 Paris

Lettre en recommandé avec AR

Madame la Ministre,

La profession d'Infirmier-Anesthésiste est en souffrance depuis le conflit de 2010 qui est resté sans issue favorable.

Notre organisation professionnelle a rencontré le 12 septembre dernier les représentants du Ministère de la Santé et de la Direction Générale de l'Offre de Soins.

Cette entrevue nous a permis d'exposer et d'argumenter les revendications de la filière des infirmiers-anesthésistes diplômés d'État. Concernant le problème du manque de considération et de reconnaissance statutaire, nos interlocuteurs nous ont renvoyé vers vous et vos services dans le cadre de l'agenda social.

Depuis 2001, les réformes successives sensées revaloriser la filière infirmière n'ont pas eu d'effet positif sur notre corps professionnel. L'anesthésie est la formation la plus longue de la filière et nécessite deux années supplémentaires après le diplôme d'État d'infirmier. Les compétences acquises sont garantes de la sécurité anesthésique de tous les patients.

Notre spécialité a été très récemment reconnue au grade universitaire de master. Or notre profession ne bénéficie malheureusement pas d'un traitement digne d'un niveau bac+5 dans la fonction publique hospitalière.

Notre expertise, le niveau des responsabilités assumées quotidiennement et notre exclusivité d'exercice ne nous permettent toujours pas d'être légitimement reclassés.

Le protocole Bachelot a mis notre corps en voie d'extinction laissant de côté les professionnels de catégorie active, et a créé un corps globalisé d'infirmiers généraux et spécialisés en supprimant au passage la reconnaissance de la pénibilité de nos professions. Le statut des nouveaux infirmiers-anesthésistes « sédentaires » verra donc un recul de sept années pour l'ouverture des droits à la retraite, là où l'on demandait un effort collectif de deux années à la population générale.

Notre profession souhaiterait récupérer son corps, revenir à un statut et à un schéma de grille unique.

Nous ne réclamons pas ici quelques privilèges. Nous attendons de votre arbitrage une justice qui nous fait défaut depuis de nombreuses législatures sans qu'aucun décideur politique ou institutionnel ne s'en émeuve.

Aussi, nous vous demandons de bien vouloir nous recevoir afin d'élaborer d'éventuelles solutions.

En espérant une réponse favorable à cette demande, nous vous prions de croire, Madame la Ministre, en l'expression de notre haute considération

Jean-Marc Serrat
Président

Arrêté du 23 juillet 2012 relatif à la formation conduisant au diplôme d'Etat d'infirmier anesthésiste

NOR : AFSH1229694A - JORF n°0175 du 29 juillet 2012 - Texte n°6

La ministre des affaires sociales et de la santé,
Vu le code de la santé publique ;

Vu le décret n° 2002-481 du 8 avril 2002 relatif aux grades et titres universitaires et aux diplômes nationaux Vu le décret n°2002-482 du 8 avril 2002 portant application au système français d'enseignement supérieur de la construction de l'Espace européen de l'enseignement supérieur ;
Vu le décret n°2002-550 du 19 avril 2002 modifié portant statut particulier du corps de directeur des soins de la fonction publique hospitalière ;
Vu le décret n°2008-824 du 21 août 2008 relatif à la formation professionnelle tout au long de la vie des agents de la fonction publique hospitalière ;
Vu l'arrêté du 31 juillet 2009 relatif aux autorisations des instituts de formation préparant aux diplômes d'infirmier, infirmier de bloc opératoire, infirmier anesthésiste, puéricultrice, masseur-kinésithérapeute, pédicure-podologue, ergothérapeute, manipulateur d'électroradiologie médicale, aide-soignant, auxiliaire de puériculture, ambulancier, technicien de laboratoire d'analyses biomédicales, cadre de santé et aux agréments de leur directeur ;
Vu l'avis du Haut Conseil des professions paramédicales du 6 juin 2012 ;
Vu l'avis de la commission consultative d'évaluation des normes du 7 juin 2012,

Arrête :

TITRE Ier : MISSIONS DES ÉCOLES D'INFIRMIERS ANESTHÉSISTES

Article 1

Les missions des écoles d'infirmiers anesthésistes sont les suivantes :

- former des infirmiers diplômés d'Etat à la polyvalence des soins infirmiers dans les domaines de l'anesthésie, de la réanimation, des urgences intra et extra-hospitalières et de la prise en charge de la douleur ;
- mettre en œuvre la formation préparatoire aux épreuves d'admission dans les écoles d'infirmiers anesthésistes ;
- assurer la formation continue, notamment la formation des professionnels ressortissants d'un Etat membre de l'Union européenne ou d'un autre Etat partie à l'accord sur l'Espace économique européen ou de la Principauté d'Andorre ou de la Confédération suisse dans le cadre des demandes d'autorisation d'exercice de la profession d'infirmier anesthésiste diplômé d'Etat en France, la formation d'adaptation à l'emploi, notamment dans le domaine de la salle de surveillance postinterventionnelle, de la réanimation et des urgences intra et extra-hospitalières, la formation au tutorat des professionnels du domaine de l'anesthésie, de la réanimation et des urgences intra et extra-hospitalières ;
- promouvoir la recherche et favoriser la documentation en soins infirmiers dans les domaines de l'anesthésie et de la réanimation.

TITRE II : DE L'AUTORISATION DES ÉCOLES PRÉPARANT AU DIPLÔME D'ÉTAT D'INFIRMIER ANESTHÉSISTE ET DE L'AGRÉMENT DE LEUR DIRECTEUR

Article 2

L'autorisation des écoles et l'agrément de leur directeur sont délivrés par le président du conseil régional après avis de l'agence régionale de santé conformément aux modalités prévues au sein de l'arrêté du 31 juillet 2009 relatif aux autorisations des instituts paramédicaux et à l'agrément de leurs directeurs.

Article 3

Dans le cadre de l'intégration de la formation d'infirmier anesthésiste dans le schéma licence, master, doctorat, les écoles de formation passent avec une université disposant d'une composante de formation en santé une convention déterminant les modalités de participation de celle-ci à la formation.

TITRE III : DIRECTION ET ENSEIGNEMENT

Article 4

Le directeur des soins, directeur de l'école de formation, est responsable :

- du fonctionnement général de l'école ;
- de l'organisation de l'enseignement théorique et clinique ;
- de l'organisation de la formation initiale et continue en anesthésie, ainsi que de la formation préparatoire ;
- de la gestion et de l'encadrement de l'équipe pédagogique et administrative ;
- de l'organisation des différentes instances de l'école.

Il participe aux jurys constitués en vue de l'admission dans l'école de formation, de la délivrance du diplôme d'infirmier anesthésiste et à la commission régionale relative aux autorisations d'exercice de la profession en France.
Dans le cas où un directeur des soins assure la coordination de plusieurs écoles et instituts, la responsabilité pédagogique de la formation est assurée par un cadre supérieur de santé, titulaire du diplôme d'infirmier anesthésiste justifiant d'une expérience de formateur permanent.
Le responsable pédagogique est chargé de l'organisation des enseignements théoriques et cliniques, de l'organisation pédagogique de la formation initiale, continue et préparatoire ainsi que de l'animation de l'équipe pédagogique.
Dans chaque école, un professeur des universités-praticien hospitalier, qualifié en anesthésie-réanimation, est nommé en qualité de directeur scientifique par le président d'université après avis du directeur de l'UFR de médecine.
A ce titre, il est responsable du contenu scientifique de l'enseignement et de la qualité de celui-ci. Il s'assure de la qualification des intervenants médicaux et universitaires.

Le directeur de l'école, le responsable pédagogique et le directeur scientifique sont responsables conjointement :

- de la conception du projet pédagogique ;
- de l'agrément des stages, en concertation avec le directeur de l'UFR ;
- du contrôle des études ;
- du conventionnement avec l'université.

Article 5

Les formateurs permanents des écoles d'infirmiers anesthésistes doivent être titulaires du diplôme d'Etat d'infirmier anesthésiste et du diplôme de cadre de santé.
Ils doivent également justifier d'une expérience professionnelle significative en qualité d'infirmier anesthésiste diplômé d'Etat.
Ils participent, sous l'autorité de la direction de l'école, aux différentes missions de celle-ci. Pour les directeurs, les responsables pédagogiques et les formateurs permanents, un titre universitaire de master dans les domaines de la pédagogie, de la santé, des sciences humaines ou biologiques est recommandé.

TITRE IV : DES CONDITIONS GÉNÉRALES D'ADMISSION

Article 6

Pour être admis à suivre l'enseignement sanctionné par le diplôme d'Etat d'infirmier anesthésiste, les candidats doivent :

- être titulaires soit d'un diplôme, certificat ou autre titre mentionné à l'article L. 4311-3 ou à l'article L. 4311-12 du code de la santé publique leur permettant d'exercer sans limitation la profession d'infirmier, soit d'un diplôme ou d'une autorisation d'exercice délivrée par le directeur régional de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale chargé de la santé en application de l'article L. 4311-4 du code de la santé publique ;
- justifier de deux années minimum d'exercice, en équivalent temps plein de la profession d'infirmier au 1er janvier de l'année du concours ;
- avoir subi avec succès les épreuves d'admission à la formation préparant au diplôme d'Etat d'infirmier anesthésiste, organisées par chaque école autorisée sous le contrôle du directeur général de l'agence régionale de santé et du président d'université ;
- avoir acquitté les droits d'inscription, sauf dans les centres d'instruction relevant du ministère de la défense ;
- avoir souscrit par convention l'engagement d'acquitter les frais de scolarité fixés par le conseil d'administration de l'organisme gestionnaire, sauf dans les centres d'instruction relevant du ministère de la défense.

Article 7

En sus de la capacité d'accueil autorisée et dans la limite de 10 % de l'effectif de première année, peuvent être admises des personnes titulaires d'un diplôme étranger d'infirmier non validé pour l'exercice en France.
Celles-ci doivent justifier d'un exercice professionnel de deux ans, satisfaire aux tests de niveau professionnel et à une épreuve permettant d'apprécier leur maîtrise de la langue française. Ces épreuves sont organisées dans l'école ou, à défaut, par le service culturel de l'ambassade de France dans le pays concerné. Les sujets sont proposés et corrigés par l'équipe pédagogique de l'école choisie par le candidat.

Un justificatif de prise en charge financière et médico-sociale pour la durée des études est exigé. Les pièces constituant le dossier sont énumérées à l'article 10 du présent arrêté. Elles devront être traduites par un traducteur agréé auprès des tribunaux français ou habilité à intervenir auprès des autorités judiciaires ou administratives d'un Etat membre de l'Union européenne ou d'un Etat partie à l'accord sur l'Espace économique européen ou de la Confédération suisse ou de la Principauté d'Andorre.

Article 8

Pour les candidats résidant dans les départements et collectivités d'outre-mer, l'école ou les écoles de métropole choisies par les candidats peuvent organiser l'épreuve écrite d'admissibilité dans les départements ou collectivités d'outre-mer avec la participation des représentants locaux de l'Etat sous réserve qu'elle se déroule le même jour et à la même heure qu'en métropole. Ce principe peut s'appliquer réciproquement aux candidats métropolitains souhaitant passer l'épreuve écrite outre-mer.

Article 9

Chaque année, le directeur de l'école fixe la date de clôture des inscriptions et la date des épreuves d'admission.

Article 10

Pour se présenter aux épreuves d'admission, les candidats déposent à l'école de leur choix un dossier comprenant les pièces indiquées ci-dessous :

- une demande écrite de participation aux épreuves ;
- un curriculum vitae ;
- un état des services avec justificatifs de l'ensemble de la carrière d'infirmier diplômé d'Etat attestant un exercice professionnel équivalent temps plein à vingt-quatre mois minimum au 1er janvier de l'année du concours ;
- une copie de leurs titres, diplômes ou certificats ;
- pour les infirmiers diplômés d'Etat exerçant leur activité dans le secteur libéral, en plus du curriculum vitae détaillé, un certificat d'identification établi par la ou les caisses primaires d'assurance maladie du secteur de leur exercice et une attestation d'inscription au rôle de la patente ou de la taxe professionnelle pour la période correspondant à leur exercice établi par les services fiscaux de leur lieu d'exercice, et de tout autre document permettant de justifier des modes d'exercice et des acquis professionnels postérieurs à l'obtention du diplôme d'Etat d'infirmier ;
- un certificat médical attestant que le candidat a subi les vaccinations obligatoires fixées par l'article L. 3111-4 du code de la santé publique ;
- un document attestant le versement des droits d'inscription aux épreuves d'admission, sauf dans les centres d'instruction relevant du ministère de la défense.

En sus des conditions précisées dans le présent arrêté, des conditions propres aux candidats militaires à l'admission dans les centres d'instruction relevant du ministère de la défense et des anciens combattants seront précisées par arrêté du ministre de la défense.

Le directeur indique aux candidats le nombre de places ouvertes au concours.

Article 11

Le jury des épreuves d'admission, nommé par le directeur de l'école, comprend :

- le directeur de l'école, président ;
- le directeur scientifique de l'école ;
- le responsable pédagogique ;
- un ou plusieurs cadres infirmiers anesthésistes formateurs permanents à l'école ;
- un ou plusieurs cadres infirmiers anesthésistes ou un ou plusieurs infirmiers anesthésistes participant à l'apprentissage clinique ;
- un ou plusieurs médecins spécialistes qualifiés en anesthésie-réanimation participant à l'enseignement, désignés par le directeur scientifique.

Pour l'ensemble des épreuves, la parité entre les médecins spécialistes qualifiés en anesthésie-réanimation et les cadres infirmiers anesthésistes ou les infirmiers anesthésistes doit être respectée. Il peut être prévu des suppléants.

Article 12

Les épreuves de sélection évaluent l'aptitude des candidats à suivre l'enseignement conduisant au diplôme d'Etat d'infirmier anesthésiste. Elles comprennent :

- une épreuve écrite et anonyme d'admissibilité de deux heures permettant d'évaluer les connaissances professionnelles et scientifiques du candidat en référence au programme de formation du diplôme d'Etat d'infirmier ainsi que ses capacités rédactionnelles.

Sont déclarés admissibles les candidats ayant obtenu à l'épreuve une note supérieure ou égale à la moyenne.

La liste par ordre alphabétique des candidats déclarés admissibles est affichée à l'école. Chaque candidat reçoit une notification de ses résultats ;

- une épreuve orale d'admission permettant d'apprécier les capacités du candidat :
- à décliner un raisonnement clinique et à gérer une situation de soins ;
- à analyser les compétences développées au cours de son expérience professionnelle ;
- à exposer son projet professionnel ;
- à suivre la formation.

Cette épreuve consiste en un exposé discussion avec le jury, précédée d'une préparation de durée identique pour tous les candidats.
Une note au moins égale à la moyenne est exigée.

Sont déclarés admis les candidats les mieux classés dans la limite des places figurant dans l'autorisation de l'école, sous réserve que le total des notes obtenues aux épreuves de sélection soit égal ou supérieur à la moyenne.
En cas d'égalité de points, le classement est établi en fonction de la note obtenue à l'épreuve d'admissibilité. En cas de nouvelle égalité, le candidat le plus âgé sera classé le premier.

Une liste complémentaire peut être établie. Les candidats inscrits sur cette liste doivent justifier d'un total de points obtenus aux deux épreuves égal ou supérieur à la moyenne. La liste complémentaire est valable jusqu'à la rentrée pour laquelle les épreuves de sélection ont été ouvertes.

Toute place libérée sur la liste principale du fait d'un désistement ou d'une demande de report de scolarité peut être pourvue par un candidat classé sur la liste complémentaire établie à l'issue des mêmes épreuves d'admission.

Article 13

Les résultats des épreuves de sélection ne sont valables que pour la rentrée au titre de laquelle ils ont été publiés. Toutefois, le directeur de l'école accorde une dérogation de droit de report d'un an non renouvelable en cas de congé de maternité, de congé d'adoption, pour garde d'un enfant de moins de quatre ans, en cas de rejet de demande d'accès à la formation professionnelle ou à la promotion sociale, de rejet de demande de congé de formation ou de rejet de demande de mise en disponibilité.

En outre, en cas de maladie, d'accident ou si l'étudiant apporte la preuve de tout autre événement grave qui lui interdit d'entreprendre ses études au titre de l'année en cours, un report de scolarité d'une année peut être accordé par le directeur de l'école ou par le directeur central du service de santé des armées, sur proposition du directeur de l'école.

Les candidats ayant bénéficié d'un report de scolarité doivent confirmer par écrit leur entrée à l'école, à la date de clôture des inscriptions, sous réserve, le cas échéant, de l'obtention ultérieure d'une prise en charge financière.

Article 14

Dans chaque école, les candidats aux épreuves de sélection présentant un handicap peuvent déposer une demande d'aménagement des épreuves. Ils adressent leur demande à l'un des médecins désignés par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées et en informent l'école de formation.

Le directeur de l'école met en œuvre les mesures d'aménagement préconisées.

Article 15

Peuvent être admis en formation dans la limite de 5 % de la capacité d'accueil de l'école :

- les titulaires du diplôme d'Etat de sage-femme ;
- les étudiants ayant validé la troisième année du deuxième cycle des études médicales ;
- les titulaires d'un diplôme d'Etat d'infirmier et d'un diplôme reconnu au grade de master.

Ces candidats déposent auprès de l'école de leur choix un dossier comprenant :

- un curriculum vitae ;
- les titres et diplômes ;
- un certificat médical attestant que l'étudiant ne présente pas de contre-indication physique et psychologique à l'exercice de la profession ;
- une lettre de motivation.

Ces candidats sont dispensés des épreuves d'admission.

Ils sont sélectionnés sur dossier et entretien par le jury d'admission prévu à l'article 11.
Ils peuvent être dispensés de la validation d'une partie des unités d'enseignement par le directeur de l'école, après avis du conseil pédagogique. Ces dispenses sont accordées après comparaison entre la formation suivie par les candidats et les unités d'enseignement du diplôme d'Etat d'infirmier anesthésiste.
Des compléments de formation peuvent être proposés par le directeur de l'école après avis du conseil pédagogique en fonction du cursus antérieur du candidat.

TITRE V : DE LA SCOLARITÉ

Article 16

Les études sont d'une durée de vingt-quatre mois, organisées en quatre semestres universitaires, à temps plein. Elles comportent, répartis sur l'ensemble de la scolarité, des enseignements théoriques fondamentaux et cliniques, et des enseignements pratiques, répartis en unités d'enseignement dont les modalités de validation sont définies dans la maquette de formation en annexe.

La date de la rentrée est fixée à un jour ouvrable de la semaine 40.

Article 17

Chaque année, les étudiants ont droit à un congé annuel de vingt-cinq jours ouvrés dont les dates sont déterminées par le directeur de l'école, après avis du conseil pédagogique.

Au cours de la scolarité, pour des raisons de santé justifiées par un certificat médical, l'étudiant peut s'absenter six semaines au total.

En cas de situation exceptionnelle et sur présentation des pièces justificatives nécessaires, l'étudiant peut être autorisé à s'absenter deux semaines.

Au-delà de deux semaines d'absence, quel qu'en soit le motif, les modalités de rattrapage des enseignements théoriques fondamentaux et cliniques et des enseignements pratiques sont proposées par le responsable pédagogique et validées par le directeur de l'école.

Les étudiants interrompant leurs études pour un congé de maternité ou d'adoption peuvent reprendre leurs études l'année suivante. Les enseignements théoriques et pratiques validés leur restent acquis. Cette possibilité est également donnée, après avis du conseil pédagogique, aux étudiants interrompant leurs études pour des motifs exceptionnels.
Les élèves des centres d'instruction relevant du ministère de la défense restent soumis aux dispositions statutaires et réglementaires dont ils relèvent.

Article 18

L'enseignement clinique comprend des stages et des enseignements coordonnés dont les modalités sont fixées dans la maquette de formation du présent arrêté.

Les stages s'effectuent dans l'établissement gestionnaire de l'école et dans les établissements de santé ayant passé convention avec cet établissement pour chaque étudiant et par période de stage déterminée ainsi que dans les structures agréées pour la réalisation du stage recherche.

Article 19

Selon les structures et les conditions d'encadrement, et après validation des deux premiers semestres, les étudiants peuvent participer à une ou plusieurs périodes d'activité d'urgence en bloc opératoire ou en médecine préhospitalière. La durée de ces périodes d'activité ne peut dépasser quarante-huit heures mensuelles. Ces périodes sont comptabilisées dans la durée globale du stage en cours.

Dans le cas d'un centre d'instruction relevant du ministère de la défense, la participation des étudiants aux gardes est fixée par le directeur de l'école.

Article 20

L'organisation des épreuves d'évaluation et de validation est à la charge des écoles. Cette organisation est présentée au conseil pédagogique en début d'année scolaire et les étudiants en sont informés.

La nature et les modalités de l'évaluation sont fixées pour chacune des unités d'enseignement dans le référentiel de formation défini à l'annexe 3. La validation de chaque semestre s'obtient par l'acquisition de 30 crédits européens.

Article 21

La validation de plusieurs unités d'enseignement peut être organisée lors d'une même épreuve, les notes correspondant à chaque unité d'enseignement sont alors identifiables.

Article 22

Les enseignements semestriels donnent lieu à deux sessions d'examen. La deuxième session se déroule au plus tard en septembre.

En cas d'absence justifiée à une épreuve évaluant les unités d'enseignement, les étudiants sont admis à se représenter à la session suivante. Dans le cas d'une deuxième absence, l'étudiant est considéré comme n'ayant pas validé l'unité.

Article 23

Le passage en troisième semestre s'effectue par la validation des semestres 1 et 2 ou par la validation de 54 crédits sur 60 répartis sur les deux semestres de formation.

La totalité des unités d'enseignement des semestres 1 et 2 doit être impérativement validée pour le passage en troisième semestre.

Les étudiants qui ne répondent pas à ces critères de validation voient leur situation examinée par le conseil pédagogique. Le directeur de l'école, après avis dudit conseil, statue sur l'aptitude de l'étudiant à poursuivre la formation et en fixe les modalités.

Sauf dérogation exceptionnelle accordée par le directeur de l'école ou le directeur central du service de santé des armées sur proposition du directeur de l'école pour les élèves relevant des centres d'instruction militaires, la durée de la formation ne peut dépasser trois années universitaires consécutives.

Les étudiants autorisés à redoubler conservent le bénéfice des crédits acquis.

Les étudiants autorisés à redoubler en ayant validé les crédits correspondant aux stages effectuent un stage complémentaire dont les modalités sont définies par le responsable pédagogique. Le conseil pédagogique en est informé.

Les étudiants admis en année supérieure sans pour autant avoir validé l'ensemble des stages requis à la validation totale d'une année effectuent ce stage avant d'être présentés au jury du diplôme d'Etat.

Article 24

L'acquisition des compétences en situation se fait progressivement au cours de la formation.

Dans chaque stage, les professionnels du lieu de stage proposent la validation totale ou partielle de compétences et renseignent la feuille d'évaluation par la mention « stage validé » ou « stage non validé » justifiée par une argumentation précise et factuelle.

TITRE VI : MODALITÉ D'ATTRIBUTION DU DIPLÔME D'ÉTAT D'INFIRMIER ANESTHÉSISTE

Article 25

Le diplôme d'Etat d'infirmier anesthésiste s'acquiert par l'obtention des 120 crédits européens correspondant à l'acquisition des 7 compétences du référentiel défini à l'annexe 2 :

1º 60 crédits européens pour les unités d'enseignement ;
2º 60 crédits européens pour la formation pratique en stage.

Chaque compétence s'obtient de façon cumulée :

1º Par la validation de la totalité des unités d'enseignement en relation avec la compétence ;
2º Par l'acquisition de l'ensemble des éléments de la compétence évalués lors des stages.

Article 26

La validation des unités d'enseignement est attestée par un jury semestriel composé :

- du président d'université ou son représentant, président ;
- du directeur scientifique ;
- du directeur de l'école ;
- du responsable pédagogique ;
- d'un ou de plusieurs formateurs référents des étudiants infirmiers anesthésistes ;
- d'un ou de plusieurs représentants de l'enseignement universitaire ;
- d'un ou de plusieurs représentants des tuteurs de stage.

Chaque semestre, le responsable pédagogique et le formateur responsable du suivi pédagogique présentent au jury semestriel les résultats des étudiants afin que celui-ci se prononce sur l'attribution des crédits européens et sur la poursuite du parcours de l'étudiant. Lors du dernier semestre, les résultats sont présentés au jury semestriel, lequel décide de présenter ou non l'étudiant infirmier anesthésiste devant le jury d'attribution du diplôme d'Etat.

Article 27

Le jury d'attribution du diplôme d'Etat d'infirmier anesthésiste, nommé par arrêté du préfet de région, sur proposition du directeur régional de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale, comprend :

1º Le directeur régional de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale ou son représentant, président
2º Le directeur des soins exerçant la fonction de conseiller pédagogique régional ou de conseiller technique régional en agence régionale de santé ;
3º Le directeur d'école d'infirmiers anesthésistes ;
4º Le responsable pédagogique ;
5º Un formateur permanent de l'école d'infirmiers anesthésistes ;
6º Un cadre infirmier anesthésiste ou un infirmier anesthésiste en exercice depuis au moins trois ans et ayant accueilli des étudiants en stage ;
7º Un médecin anesthésiste participant à la formation des étudiants ;
8º Un enseignant-chercheur participant à la formation.

Dans les régions où il existe plusieurs écoles, chaque école doit être représentée.

Article 28

Le jury d'attribution du diplôme d'Etat d'infirmier anesthésiste se prononce au vu de l'ensemble du dossier de l'étudiant et du procès-verbal du dernier jury semestriel.

Le dossier comporte :

1º La validation de l'ensemble des unités d'enseignement ;
2º La validation de l'acquisition de l'ensemble des compétences en stage.

Le procès-verbal de délibération est élaboré sous la responsabilité du président du jury et signé par lui.

Article 29

La liste définitive établie par ordre alphabétique des candidats déclarés admis au diplôme d'Etat d'infirmier anesthésiste est affichée au siège de la direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale.
Après proclamation des résultats, les notes sont communiquées aux étudiants.

Article 30

Le préfet de région délivre aux candidats déclarés admis le diplôme d'Etat d'infirmier anesthésiste.

Il délivre aux candidats visés à l'article 7 du présent arrêté une attestation de réussite à la formation. Cette attestation, dont le modèle figure en annexe 6 du présent arrêté, mentionne que son titulaire ne peut exercer en France ni en qualité d'infirmier ni en qualité d'infirmier anesthésiste. Elle peut toutefois être échangée contre le diplôme d'Etat d'infirmier anesthésiste dès que son titulaire remplit les conditions exigées pour exercer la profession d'infirmier en France. Lorsque ces conditions sont remplies dans un délai supérieur à trois ans, le candidat doit suivre une formation d'actualisation des connaissances dans une école d'infirmier anesthésiste.

Article 31

Pour faciliter la mobilité internationale, le diplôme est accompagné de l'annexe descriptive, dite « supplément au diplôme ».

Le parcours de formation permet la validation des périodes d'études effectuées à l'étranger. Lorsque le projet a été accepté par les responsables pédagogiques et que l'étudiant a obtenu la validation de sa période d'études par l'établissement étranger, il bénéficie des crédits européens correspondant à cette période d'études sur la base de 30 crédits pour l'ensemble des unités d'enseignement d'un semestre.

Lorsqu'un étudiant change d'école pour poursuivre son cursus dans une même formation, les crédits délivrés dans l'école d'origine lui sont définitivement acquis. Il valide dans sa nouvelle école les crédits manquant à l'obtention de son diplôme.

TITRE VII : DU FONCTIONNEMENT DES ÉCOLES D'INFIRMIERS ANESTHÉSISTES

Article 32

Dans chaque école préparant au diplôme d'Etat d'infirmier anesthésiste, le directeur est assisté d'un conseil pédagogique.

Le conseil pédagogique est présidé par le directeur général de l'agence régionale de santé ou son représentant.

Il comprend :

- des membres de droit :
- le directeur de l'école ;
- le directeur scientifique ;
- le responsable pédagogique ;
- le président de l'université avec laquelle l'école a conventionné ou son représentant ;
- pour les centres relevant du ministère de la défense et des anciens combattants, le directeur de l'Ecole du Val-de Grâce ou son représentant ;
- des représentants de l'établissement hospitalier de rattachement :
- le directeur de l'organisme gestionnaire ou son représentant ;
- le coordinateur général des soins ou son représentant ;
- un représentant de la région ;
- le président du conseil régional ou son représentant ;
- des représentants des enseignants ;
- deux médecins spécialistes qualifiés en anesthésie-réanimation, enseignants à l'école désignés par le directeur scientifique ;
- un enseignant-chercheur d'une autre discipline que l'anesthésie-réanimation participant à l'enseignement dans l'école désigné par le directeur de l'UFR ;
- un cadre infirmier anesthésiste, formateur permanent, désigné par le directeur de l'école sur proposition du responsable pédagogique ;
- un infirmier anesthésiste accueillant des étudiants en stage désigné par le directeur de l'école sur proposition du responsable pédagogique ;
- des représentants des étudiants ;
- quatre étudiants, élus par leurs pairs, à raison de deux par promotion.

Les représentants des étudiants sont élus pour un an. Les étudiants élus ont un suppléant élu dans les mêmes conditions.

Les membres désignés le sont pour quatre ans. En cas de départ ou de démission d'un membre, une nouvelle désignation intervient pour la part du mandat restant à courir. En outre, selon les questions inscrites à l'ordre du jour, le président, soit seul, soit à la demande du directeur de l'école, du responsable pédagogique ou de la majorité des membres du conseil, peut inviter toute personne qualifiée à participer aux travaux de celui-ci avec voix consultative.

La composition du conseil pédagogique est validée par le directeur général de l'agence régionale de santé ou son représentant.

Article 33

Le conseil pédagogique se réunit au minimum une fois par an. Il peut être convoqué à la demande du président ou de la majorité des membres.

Il ne peut siéger que si les deux tiers de ses membres ayant voix délibérative sont présents. Si le quorum requis n'est pas atteint, la réunion est reportée. Les membres du conseil sont à nouveau convoqués pour une réunion qui se tient dans un délai maximum de huit jours. Le conseil peut alors valablement délibérer, quel que soit le nombre de présents.

L'avis du conseil pédagogique fait l'objet d'un vote à bulletin secret pour l'examen des situations individuelles.
En cas d'égalité des voix, l'avis est réputé favorable à l'étudiant.

Article 34

Le directeur de l'école, en concertation avec le responsable pédagogique, soumet au conseil pédagogique pour avis, compte tenu du programme officiel :

- le projet pédagogique : objectifs de formation, organisation générale des études, planification des enseignements, des stages et des périodes de congés, modalités de contrôle des connaissances et calendrier des épreuves ;
- les lieux de stage ;
- le règlement intérieur ;
- l'effectif des différentes catégories de personnels, en précisant la nature de leurs interventions ;
- l'utilisation des locaux et du matériel pédagogique ;
- le rapport annuel d'activité pédagogique dont le contenu est défini en annexe XX du présent arrêté ;
- les situations individuelles des étudiants :
- étudiant ayant dépassé leur autorisation d'absences dans les conditions définies à l'article 17 ;
- redoublement, complément de formation, arrêt de formation ;
- interruption de formation et modalités de reprise après une interruption de formation ;
- demande motivée d'admission en cours de formation ;
- étudiant ayant accompli des actes ou ayant un comportement incompatibles avec l'exercice du métier d'infirmier anesthésiste.
  Pour cette situation, le directeur de l'école peut, en accord avec l'équipe pédagogique et, le cas échéant, le responsable du stage, décider de la suspension de l'étudiant avant sa présentation devant le conseil pédagogique qui devra se réunir dans un délai de quinze jours à compter du jour de la suspension ;
- toute autre situation d'étudiant jugée opportune.

Pour toutes les situations d'étudiants, les membres du conseil reçoivent communication du dossier de l'étudiant, accompagné d'un rapport motivé du directeur, au moins quinze jours avant la réunion de ce conseil.
L'étudiant reçoit communication de son dossier dans les mêmes conditions que les membres du conseil. Le conseil pédagogique entend l'étudiant, qui peut être assisté d'une personne de son choix.
Dans le cas où l'étudiant est dans l'impossibilité d'être présent ou s'il n'a pas communiqué d'observations écrites, le conseil examine néanmoins sa situation.

Toutefois, le conseil peut décider à la majorité des membres présents de renvoyer à la demande de l'étudiant l'examen de sa situation à une nouvelle réunion. Un tel report n'est possible qu'une seule fois.

La décision prise par le directeur de l'école de formation est notifiée par écrit à l'étudiant, dans un délai maximal de cinq jours après la réunion du conseil pédagogique. Elle figure à son dossier pédagogique et est adressée au président du conseil pédagogique.

Le directeur de l'école rend compte de ses décisions lors de la réunion suivante du conseil pédagogique.
Le directeur de l'école et le responsable pédagogique portent à la connaissance du conseil pédagogique :

- la liste des étudiants admis en première année, les reports de scolarité accordés de droit aux étudiants ;
- le bilan de la formation continue.

Les élèves des centres d'instruction relevant du ministère de la défense restent soumis aux dispositions statutaires et réglementaires dont ils relèvent.

Article 35

Dans chaque école préparant au diplôme d'Etat d'infirmier anesthésiste, le directeur de l'école est assisté d'un conseil de discipline. Il est constitué au cours de chaque année universitaire.
Il est présidé par le directeur général de l'agence régionale de santé ou son représentant.

Il comprend :

- le directeur de l'école ;
- le responsable pédagogique ;
- le directeur de l'organisme gestionnaire ou son représentant ;
- un des enseignants médecins spécialistes qualifiés en anesthésie-réanimation désigné lors du conseil pédagogique ;
- l'infirmier anesthésiste accueillant des étudiants en stage ;
- les représentants des étudiants élus au conseil pédagogique.

Article 36

Le conseil de discipline émet un avis sur les fautes disciplinaires.
Le conseil de discipline est saisi et convoqué par le directeur de l'école.
La saisine du conseil de discipline est motivée par l'exposé du ou des faits reprochés à l'étudiant.

Les membres du conseil de discipline reçoivent communication du dossier de l'étudiant, accompagné d'un rapport motivé du directeur, au moins dix jours avant la réunion de ce conseil.

L'étudiant reçoit communication de son dossier dans les mêmes conditions que les membres du conseil. Le conseil de discipline entend l'étudiant, qui peut être assisté d'une personne de son choix. Des témoins peuvent être entendus à la demande de l'étudiant, du directeur de l'école de formation, du président du conseil ou de la majorité des membres du conseil.
Le conseil ne peut siéger que si la majorité de ses membres est présente. Dans le cas où le quorum requis n'est pas atteint, les membres du conseil sont convoqués pour une nouvelle réunion qui se tient dans un délai maximum de huit jours. Le conseil peut alors valablement délibérer quel que soit le nombre de présents.

Dans le cas où l'étudiant est dans l'impossibilité d'être présent ou s'il n'a pas communiqué d'observations écrites, le conseil examine sa situation.
Toutefois, le conseil peut décider à la majorité des membres présents de renvoyer à la demande de l'étudiant l'examen de sa situation à une nouvelle réunion. Un tel report n'est possible qu'une seule fois.

Le conseil de discipline peut proposer les sanctions suivantes :

- avertissement ;
- blâme ;
- exclusion temporaire de l'école ;
- exclusion définitive de l'école.

Le conseil de discipline exprime son avis à la suite d'un vote. Ce vote peut être effectué à bulletin secret si l'un des membres le demande.

La sanction est prononcée de façon dûment motivée par le directeur de l'école. Elle est notifiée par écrit à l'étudiant dans un délai maximal de cinq jours après la réunion du conseil de discipline. Elle figure dans son dossier scolaire.

Article 37

L'avertissement peut être prononcé par le directeur de l'école, sans consultation du conseil de discipline. Dans ce cas, l'étudiant reçoit préalablement communication de son dossier. Il est entendu par le directeur de l'école et le responsable pédagogique et peut se faire assister d'une personne de son choix. Cette sanction motivée est notifiée par écrit à l'étudiant.

Article 38

En cas d'urgence, le directeur de l'école peut suspendre la formation de l'étudiant en attendant sa comparution devant le conseil de discipline. Ce dernier est convoqué et réuni dans un délai maximum de quinze jours à compter du jour de la suspension de la scolarité de l'étudiant. Le directeur général de l'agence régionale de santé est immédiatement informé d'une décision de suspension par une procédure écrite.

Article 39

L'ensemble des dispositions sur le conseil de discipline ne s'applique pas aux étudiants dépendant des centres d'instruction relevant du ministère de la défense, qui restent soumis au règlement de discipline générale en vigueur dans les armées.

Article 40

Les membres du conseil pédagogique et du conseil de discipline sont tenus à la confidentialité des informations dont ils ont eu connaissance dans le cadre des travaux des conseils.
Le directeur de l'école fait assurer le secrétariat des réunions du conseil pédagogique et du conseil de discipline.

Article 41

En cas d'inaptitude physique ou psychologique d'un étudiant mettant en danger la sécurité des malades, le directeur de l'école peut suspendre la scolarité de l'étudiant. Il est adressé un rapport motivé au médecin de l'agence régionale de santé désigné par le directeur général. Si les éléments contenus dans ce rapport le justifient, le médecin de l'agence régionale de santé peut demander un examen médical effectué par un médecin spécialiste agréé. Le directeur de l'école, en accord avec le médecin de l'agence régionale de santé et, le cas échéant, sur les conclusions écrites du médecin spécialiste agréé, prend toute disposition propre à garantir la sécurité des malades.
Pour les centres d'instruction relevant du ministère de la défense, les attributions du directeur central du service de santé des armées sont dévolues au médecin général du service de santé des armées.

Article 42

Dans chaque école de formation d'infirmier anesthésiste, est constitué un conseil de la vie étudiante composé du directeur de l'école, du responsable pédagogique, de quatre élus étudiants au conseil pédagogique et de deux personnes désignées par le directeur parmi l'équipe pédagogique et administrative de l'école. Ce conseil est un organe consultatif. Il traite des sujets relatifs à la vie étudiante au sein de l'école. Il se réunit au moins une fois par an sur proposition des étudiants, du directeur de l'école ou du responsable pédagogique.

Un compte rendu des réunions du conseil de la vie étudiante est présenté au conseil pédagogique et mis à disposition des étudiants et de l'équipe pédagogique et administrative de l'école.

Article 43

Les dispositions du présent arrêté sont applicables aux étudiants infirmiers anesthésistes admis en première année de formation à la rentrée de 2012.
Les étudiants ayant entrepris leurs études avant cette date restent régis par les dispositions antérieures.
A titre transitoire, les étudiants qui redoublent ou qui ont interrompu une formation suivie selon le programme défini par l'arrêté du 17 janvier 2002 voient leur situation examinée par le jury semestriel. Celui-ci formalise des propositions de réintégration qui sont soumises à l'avis conforme du conseil pédagogique.
Les étudiants infirmiers anesthésistes ayant échoué au diplôme d'Etat d'infirmier anesthésiste en 2013 bénéficient d'une session de rattrapage.

En cas de nouvel échec, le dossier de l'étudiant sera examiné en conseil pédagogique. L'arrêté du 17 janvier 2002 susvisé est abrogé à compter du 30 juin 2014.

Le directeur général de l'offre de soins est chargé de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au Journal officiel de la République française.

Pour la ministre et par délégation :
Le directeur général de l'offre de soins, F.-X. Selleret

Nota. — Les annexes seront publiées au Bulletin officiel santé, protection sociale, solidarité

LES ANNEXES :

Les annexes sont publiées au Bulletin Officiel Santé Protection sociale Solidarité n° 2012/07. les contenus sont précisés dans l'arrêté au différents articles.

ANNEXE I - Référentiel d'activités - Diplôme d'Etat d'infirmier anesthésiste

Les référentiels d'activités et de compétences du métier d'infirmier anesthésiste diplômé d'Etat ne se substituent pas au cadre réglementaire. En effet, un référentiel n'a pas vocation à déterminer des responsabilités. Il s'agit de décrire les activités du métier, puis les compétences. Celles-ci sont rédigées en termes de capacités devant être maîtrisées par les professionnels et attestées par l'obtention du diplôme d'Etat. Cette description s'inscrit dans la réglementation figurant au code de la santé publique (CSP).

ANNEXE II Référentiel de compétences - Diplôme d'Etat d'infirmier anesthésiste

Les référentiels d'activités et de compétences du métier d'infirmier anesthésiste diplômé d'Etat ne se substituent pas au cadre réglementaire. En effet, un référentiel n'a pas vocation à déterminer des responsabilités. Il s'agit de décrire les activités du métier, puis les compétences. Celles-ci sont rédigées en termes de capacités devant être maîtrisées par les professionnels et attestées par l'obtention du diplôme d'Etat. Cette description s'inscrit dans la réglementation figurant au code de la santé publique (CSP).

ANNEXE III : Le référentiel de formation

Il définit :

1. Finalités de la formation

2. Principes pédagogiques

3. Durée de la formation

4. Attribution des crédits européens

5. Formation théorique

6. Formation clinique en stage

ANNEXE IV - ENSEIGNEMENTS CLINIQUES (STAGES) 58 semaines réparties sur 4 semestres

ANNEXE V

UE 1 - Sciences humaines, sociales et droit (75 h CM/TD + 30 h TPG)

UE 2 - SCIENCES PHYSIQUE, BIOLOGIQUES ET MEDICALES (CM/TD 120h + 30h TPG)

UE 3 - LES FONDAMENTAUX DE L'ANESTHESIE-REANIMATION ET URGENCE

(240 h CM/TD + 60 h TPG)

UE 4 - Exercice du métier de l'infirmier anesthésiste dans des domaines spécifiques
(185 h CM/TD + 50h TPG)

UE 5 - ETUDE ET RECHERCHE EN SANTE (125 h CM/TD + 60 h TPG)

UE 6 - INTEGRATION DES SAVOIRS DE L'IADE (130 h TD + 50 TPG)

UE 7 - mémoire professionnel **6 ECTS - TD 35 h et TPG 70 h** Semestres 3 et 4 CAHIER DES CHARGES : MEMOIRE PROFESSIONNEL

agence d'évaluation de la recherche et de l'enseignement supérieur

Section des Formations et des diplômes

Evaluation de la formation conduisant à la délivrance du grade master aux titulaires du diplôme d'Etat d'infirmier anesthésiste

Conclusion générale

Cette évaluation, première de cette nature, est particulière sur trois points déterminants :

- Elle s'adresse à une formation de type professionnel dont la garantie de qualité répond à un impératif de santé publique. Contrairement à d'autres filières universitaires, le cursus d'IADE a pour objet de former des professionnels devant être opérationnels dès la sortie de leur école de formation. Pour ce métier à forte responsabilité d'exercice, la formation par compagnonnage est un élément essentiel. Elle permet l'acquisition de connaissances et surtout leur mise en œuvre en situations cliniques. En trois décennies, la pratique de la discipline anesthésie-réanimation a vu sa morbidité/mortalité réduite d'un facteur 10 (French survey of anesthesia. Anesthesiology 91 : 1509-20, 1999). Cet état de fait a été rendu possible par l'amélioration des outils et des techniques, mais surtout par l'accroissement des compétences des professionnels en exercice, notamment celles des infirmiers anesthésistes. La réorganisation de leur formation ne doit pas risquer de compromettre cette évolution remarquable.

- Elle est réalisée sur dossier. Ce dernier reprend notamment des projets élaborés par les professionnels de la spécialité en vue de la réorganisation de la formation dans un format LMD. Cette évaluation ne saurait donc intégrer un manque d'homogénéité qui pourrait exister entre les 28 écoles de formation. Il s'ensuit au moins deux incertitudes : la capacité de chacune des écoles à former correctement les futurs professionnels de l'anesthésie-réanimation par un compagnonnage dont la durée a été réduite ; les moyens réels dont chacune dispose pour mettre en place les nouveaux enseignements que réclame l' « universitarisation » de la formation au niveau master.

- Elle ne prend pas en compte les évolutions prévisibles du métier : sa diversification dans les domaines de l'algologie, de l'urgence pré-hospitalière ou encore de la réanimation, qui devront générer de nouvelles exigences en matière de formation.

Points forts :

- La nouvelle maquette de formation d'IADE est formalisée dans des documents de référence qui sont d'une qualité rarement atteinte pour un dossier de formation universitaire de type professionnel. Ils ont été élaborés et sont partagés par l'ensemble des acteurs, médecins et non médecins, de la discipline anesthésie-réanimation.
- Le programme de formation relie de façon remarquable, compétences à acquérir, contenu des unités d'enseignements et indicateurs.
- La formation, associant enseignements théoriques et stages cliniques, est assurée principalement par des professionnels de terrain. Elle fait appel à des méthodes pédagogiques (analyse de cas, compagnonnage, rédaction d'un mémoire) favorisant l'acquisition de l'autonomie et du sens des responsabilités.
- Par comparaison avec les programmes précédents de la formation, le renforcement des liens avec l'Université offre aux étudiants IADE l'opportunité d'élargir et d'approfondir leurs connaissances et de prendre contact avec la problématique de la recherche, éléments indispensables à l'accès au niveau master.
- Enfin le projet de « masterisation » est soutenu par l'ensemble des écoles de formation d'IADE. Ces écoles sont organisées de façon structurée au sein d'un organisme commun, favorisant l'homogénéité des pratiques de formation.

Points faibles :

- L'examen des programmes, des choix pédagogiques et des modalités d'évaluation des étudiants ne permet pas d'exclure qu'un déséquilibre puisse s'installer entre enseignements théoriques et enseignements pratiques, au détriment de ces derniers.

- L'évaluation du fonctionnement de la formation, sujet essentiel, n'est pas abordée dans le dossier.

- Pour la partie théorique de la formation, le contenu de quelques enseignements apparait trop éloigné de la discipline anesthésie-réanimation. De plus, les modalités de contrôle de connaissances de certaines UE ne sont pas appropriées.

Le dossier n'évoque pas la mobilité nationale et internationale des étudiants, ni la mise en place d'une formation continue.

Recommandations

La recommandation générale est de rechercher le juste équilibre entre formation académique et compagnonnage clinique.

Pour atteindre cet objectif, les éléments suivants sont proposés.

- Mettre en place, dès la première année de fonctionnement de la formation, une politique qualité, avec trois cibles majeures : évaluation des enseignements par les étudiants ; évaluation du fonctionnement de chacune des écoles de formation ; surtout, évaluation des compétences acquises par les nouveaux diplômés avec, le cas échéant, mise en application de mesures correctrices rapides. Cette politique devrait être coordonnée au niveau national par un comité issu du groupe de travail qui a conçu l'organisation de la nouvelle maquette de formation.
- Pérenniser et renforcer la participation de l'ensemble des professionnels de la spécialité anesthésie-réanimation aux évolutions futures de l'enseignement.
- Agir au niveau des universités concernées pour qu'elles assument toutes leurs responsabilités vis-à-vis des écoles de formation d'IADE : disponibilité des enseignants, formalisation d'un statut particulier pour les praticiens hospitaliers participant à l'enseignement, direction scientifique et pédagogique confiée à un PU-PH qualifié en anesthésie-réanimation.
- Conserver comme prioritaire la formation à l'exercice pratique du métier. A ce titre, envisager l'allègement de certains enseignements académiques, la poursuite d'études en doctorat ne devant concerner, à l'évidence, qu'un nombre restreint d'étudiants IADE.

Conclusion

Sous réserve de la prise en considération des remarques et recommandations détaillées dans cette évaluation, le dossier propose un niveau de formation répondant à l'objectif de double attribution, du diplôme d'exercice d'IADE et du grade de master.

Ce texte est accompagné de documents permettant le suivi de la mise en place du programme et de sa réalisation :

- Un autre document de l'ARES indique la composition du **comité d'experts**, chargés du suivi.
- La composition du comité de suivi, celle-ci est identique au comité de réalisation du programme.
- **Tableaux d'indicateurs de suivi**
  Ils sont présentés école par école. Chaque groupe d'indicateurs comporte des items spécifiques :
  - Indicateurs de gouvernance
  - Indicateurs de pédagogie
  - Indicateurs de moyens
  - Indicateurs de vie des étudiants
- **Tableau d'enquête sur les résultats des étudiants**

L'ensemble de ces textes seront consultables sur le site du SNIA.

HAUT CONSEIL DES PROFESSIONS PARAMÉDICALES (HCPP)

Le HCPP a remplacé la commission aux professions paramédicales dont le SNIA était membre de droit et représentait la profession. Cela a été reconduit lors de la création du HCCP. En 2012, a été créé au sein du HCCP un comité scientifique. Après des débats avec l'ordre qui souhaitait diriger cette instance selon son choix, le décret du 9 janvier 2012 montre que c'est au sein du HCCP que les membres sont désignés. Les articles du décret sont introduits dans le code de la santé publique et seuls les plus pertinents sont ici reproduits. Pour plus d'information vous pouvez consulter le site du gouvernement.

CODE DE LA SANTE PUBLIQUE

Section 1 : Haut Conseil des professions paramédicales.

Article D4381-1

Modifié par Décret n°2007-974 du 15 mai 2007 - art. 1 JORF 16 mai 2007

Auprès du ministre chargé de la santé, le Haut Conseil des professions paramédicales a pour missions :

1º De promouvoir une réflexion interprofessionnelle sur :
   a) Les conditions d'exercice des professions paramédicales, l'évolution de leurs métiers, la coopération entre les professionnels de santé et la répartition de leurs compétences ;
   b) La formation et les diplômes ;
   c) la place des professions paramédicales dans le système de santé ;

2º De participer, en coordination avec la Haute Autorité de santé, à la diffusion des recommandations de bonne pratique et à la promotion de l'évaluation des pratiques des professions paramédicales ;

Dans la conduite de ses missions, le Haut Conseil des professions paramédicales prend en compte les études et réflexions menées au niveau européen et international.

Article D4381-2

Le haut conseil remet chaque année un rapport d'activité au ministre chargé de la santé.

Article D4381-3

Modifié par Décret n°2007-974 du 15 mai 2007 - art. 1 JORF 16 mai 2007

Le président du Haut Conseil des professions paramédicales est nommé par arrêté du ministre chargé de la santé parmi les personnalités ayant manifesté, par leurs travaux ou leurs activités professionnelles, leur connaissance du domaine des métiers de santé et de l'organisation des soins.

Le haut conseil est composé en outre :

1º Des représentants des organisations syndicales représentatives au niveau national des fonctionnaires hospitaliers. Les organisations syndicales disposent d'un siège au sein du Haut Conseil des professions paramédicales lorsqu'elles ont un ou deux sièges au Conseil supérieur de la fonction publique hospitalière, et de deux sièges au haut conseil lorsque le nombre de leurs représentants au Conseil supérieur de la fonction publique hospitalière est égal ou supérieur à trois ;

2º Des représentants des syndicats professionnels reconnus représentatifs en application de l'article L. 162-33 du code de la sécurité sociale, selon la répartition suivante, à la date de renouvellement général du haut conseil :
   a) Un représentant de chacun des deux syndicats les plus représentatifs des infirmiers ;
   b) Un représentant de chacun des deux syndicats les plus représentatifs des masseurs-kinésithérapeutes ;
   c) Un représentant du syndicat le plus représentatif pour chacune des autres professions d'auxiliaires médicaux ;

3º D'un représentant de chacune des fédérations d'employeurs d'établissements de santé publics et privés ;

4º D'un représentant de chacune des professions ou groupe de professions suivantes : ergothérapeute, psychomotricien, manipulateur d'électroradiologie médicale, audioprothésiste, opticien-lunetier, prothésiste et orthésiste, diététicien, technicien de laboratoire, infirmier anesthésiste diplômé d'Etat, infirmier de bloc opératoire diplômé d'Etat et puéricultrice diplômée d'Etat ;

5º D'un représentant, pour les sujets qui les concernent, de chacune des autres professions de santé non médicales.

Assistent aux réunions du haut conseil avec voix consultative :
   a) Un représentant de chacun des deux syndicats les plus représentatifs des médecins généralistes libéraux, reconnus représentatifs en application de l'article L. 162-33 du code de la sécurité sociale ;
   b) Un représentant de chacun des deux syndicats les plus représentatifs des médecins spécialistes libéraux, reconnus représentatifs en application de l'article L. 162-33 du code de la sécurité sociale ;
   c) Un représentant de chacune des organisations syndicales représentatives des praticiens hospitaliers ;
   d) Un représentant du Conseil national de l'ordre des médecins et de chaque ordre des professions paramédicales.

Le Haut Conseil des professions paramédicales peut, sur décision de son président, entendre des experts.

Un représentant du ministre chargé de la santé peut assister aux réunions et aux délibérations du Haut Conseil des professions paramédicales.

Les membres du haut conseil sont nommés par arrêté du ministre chargé de la santé, pour une durée de trois ans renouvelable. Des suppléants, en nombre égal au nombre des titulaires, sont désignés dans les mêmes conditions que ceux-ci. Ils siègent aux séances du haut conseil en l'absence du titulaire.
Tout membre perdant la qualité en vertu de laquelle il a été nommé cesse d'appartenir au haut conseil. Il est remplacé par un membre nommé pour la durée du mandat restant à courir.

Article D4381-4 … Il réunit au moins deux fois

Article D4381-5 - Fonctionnement

Article D 4381-6 Article D4381-6
Modifié par Décret n°2012-30 du 9 janvier 2012 - art. 1
Une commission scientifique est placée auprès du Haut Conseil des professions paramédicales. Ses missions sont les suivantes :

1º Formuler un avis sur les orientations nationales de développement professionnel continu au ministre chargé de la santé, qui les arrête après information de l'organisme gestionnaire du développement professionnel continu ;
2º Etablir, en application de l'article R. 4021-28, une évaluation technique et scientifique des organismes de développement professionnel continu qui demandent leur enregistrement au titre du développement professionnel continu et assurer son actualisation périodique conformément aux dispositions de l'article R. 4021-33 ;
3º Répondre aux demandes d'expertise que lui soumettent les instances de l'organisme gestionnaire du développement professionnel continu ;
4º Formuler un avis sur les orientations régionales proposées par les agences régionales de santé en matière de développement professionnel continu ;
5º Proposer les modalités d'appréciation des critères d'évaluation mentionnés à l'article R. 4021-25 et les conditions dans lesquelles les organismes de développement professionnel continu peuvent soumettre un nouveau dossier ;
6º Etablir, dans le cadre de l'article R. 4382-5, la liste des diplômes d'université qui sont considérés comme équivalents à un programme de développement professionnel continu ;
7º Formuler un avis sur les méthodes et les modalités dont la liste est validée par la Haute Autorité de santé et, notamment, sur les conditions dans lesquelles la participation en tant que formateur à un programme de développement professionnel continu des professionnels de santé paramédicaux concourt au respect de l'obligation de développement professionnel continu du professionnel formateur, conformément à l'article R. 4382-2.
Elle exerce en tant que de besoin ces missions en coordination avec les autres commissions scientifiques indépendantes compétentes et la commission scientifique du Haut Conseil des professions paramédicales.

Article D4381-6-1
La commission est créée par Décret n°2012-30 du 9 janvier 2012 - art. 1
La commission scientifique est composée de :

1º Un représentant de chacune des professions ou groupe de professions suivants, sur proposition des organisations professionnelles ayant désigné un représentant au Haut Conseil des professions paramédicales : masseur-kinésithérapeute, ergothérapeute, psychomotricien, manipulateur d'électroradiologie médicale, audioprothésiste, opticien-lunetier, pédicure-podologue, prothésiste et orthésiste, diététicien, technicien de laboratoire médical, infirmier diplômé d'Etat**, infirmier anesthésiste diplômé d'Etat**, infirmier de bloc opératoire diplômé d'Etat, puéricultrice diplômée d'Etat, orthophoniste, orthoptiste, aide-soignant et auxiliaire de puériculture ;
2º Un représentant des infirmiers désigné par le Conseil national de l'ordre des infirmiers ;
3º Un représentant des masseurs-kinésithérapeutes désigné par le Conseil national de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes ;
4º Un représentant des pédicures-podologues désigné par le Conseil national de l'ordre des pédicures-podologues
5º Un représentant des préparateurs en pharmacie et un représentant des préparateurs en pharmacie hospitalière, désignés par la commission des préparateurs en pharmacie mentionnée à l'article L. 4241-5 ;
6º Quatre personnalités qualifiées choisies par les présidents des commissions scientifiques indépendantes prévues aux articles L. 4133-2, L. 4143-2, L. 4153-2 et L. 4236-2 parmi leurs membres, en raison de leurs compétences scientifiques ou pédagogiques.

Des représentants du ministre chargé de la santé peuvent participer aux réunions de la commission avec voix consultative.

Décret n°2012-30 du 9 janvier 2012
Article D4381-6-2, Article D4381-6-3, Article D4381-6-4, Article D 4381-6-5, Article D4381-6
Ces articles définissent le fonctionnement et les attributions de la commission scientifique

LES ERREURS COGNITIVES EN ANESTHESIE

Les 10 erreurs cognitives les plus fréquentes étudiées par la psychologue concernent les comportements des anesthésistes ; les résultats n'indiquent pas la qualification infirmiers ou médecins anesthésistes. Elles sont des processus de pensée comportant des fautes ou des manques de raisonnement et qui conduisent à des diagnostics erronés et/ou à la mise en place de solutions inappropriées.

Cette psychologie de la prise de décision a reçu jusqu'à présent assez peu d'attention dans la littérature médicale et notamment en anesthésie. Dans d'autres domaines (aviation, industrie nucléaire), où la culture de la sécurité et de la prévention des risques est plus développée, cet aspect est largement plus documenté.
Des auteurs ont ainsi cherché à identifier et à caractériser les différents types d'erreurs cognitives constatées en anesthésiologie. Cette étude se compose de deux parties. Tout d'abord, un catalogue spécifique des erreurs cognitives de la pratique anesthésique a été créé en utilisant une revue de la littérature, en recueillant des avis d'experts pour aboutir, après sondage auprès des membres du corps professoral, à un top 10 (**tableau 1**).

Tableau 1 : Top 10 des erreurs cognitives les plus fréquentes

Erreur	Définition	Illustration
Ancrage	Focaliser sur une question au détriment de la compréhension de la situation dans son ensemble.	Pendant le réglage d'une alarme sur une pompe à perfusion, ne pas être attentif au saignement chirurgical soudain et à l'hypotension.
Biais de réminiscence	Choisir un diagnostic, car il est très présent à l'esprit en raison du souvenir d'une mauvaise expérience.	Prendre un bronchospasme simple pour une réaction anaphylactique, car on a déjà vécu un cas d'anaphylaxie grave.
Fermeture prématurée	Accepter un diagnostic prématurément, sans considérer les diagnostics différentiels possibles.	Supposer que l'hypotension chez un patient traumatisé est due à des saignements, et manquer un pneumothorax.
Biais de feedback	Interpréter l'absence de feedback comme un feedback positif.	Aucune plainte n'ayant jamais été énoncée, considérer qu'il n'y a donc pas eu de problème.
Biais de confirmation	Chercher ou reconnaître les seuls renseignements qui confirment le diagnostic désiré ou suspecté.	Reprendre à plusieurs reprises la pression artérielle (en changeant le brassard ou l'appareil), parce qu'on ne croit pas la lecture fiable.
Effet de cadrage	Se laisser influencer par la présentation initiale pour les déductions ultérieures.	Après avoir été prévenu par un confrère que le patient était extrêmement anxieux avant l'opération, attribuer l'agitation postopératoire à sa personnalité plutôt qu'à la glycémie.
Activisme	Tendre vers l'action plutôt que l'inaction, c'est-à-dire exécuter des manœuvres non indiquées, s'écartant du protocole, peut-être en raison d'un excès de confiance ou de la pression des autres.	« Mieux vaut prévenir que guérir » : mettre en place des surveillances invasives, de voies d'abord supplémentaires pouvant entraîner une complication.
Présomption	Ne pas reconnaître la nécessité de recourir à une aide, tendre à croire en son infaillibilité.	Tarder à demander de l'aide en cas d'intubation difficile, parce que l'on est certain de finir par réussir.
Hésitation	Retarder la mise en œuvre de manœuvres d'urgence, de peur d'être dans l'erreur, tendre à l'inaction.	Tarder à mettre en place le drainage lorsque l'on suspecte un pneumothorax, parce que si on a tort, on sera responsable de l'acte.
Coûts irrécupérables	Etre réticent à abandonner un diagnostic ou une décision surtout si du temps / des ressources ont déjà été dépensés. L'ego peut jouer un rôle.	Après avoir décidé que le patient serait intubé vigile sous fibroscopie, refuser de changer de stratégie en dépit de multiples tentatives infructueuses.

Dans la deuxième partie, 32 résidents ont été confrontés sur une période de 5 mois à 38 situations simulées d'urgence en anesthésie.
La liste avec les prévalences des 9 types d'erreurs communément observées est résumée sur le tableau 2. Alors que les erreurs liées à un ancrage ou à un biais de réminiscence semblaient a priori les plus fréquentes, ce sont la fermeture prématurée et le biais de confirmation qui sortent en tête. Sept de ces erreurs sont survenues dans au moins la moitié des situations d'urgences simulées.

Tableau 2 : Liste et prévalences des erreurs cognitives observées dans 38 situations

Erreur	Fréquence observée % (n)
Fermeture prématurée	79,5 (31)
Biais de confirmation	76,9 (30)
Coûts irrécupérables	66,7 (27)
Activisme	66,7 (27)
Hésitation	61,5 (24)
Ancrage	61,5 (24)
Présomption	53,8 (21)
Effet de cadrage	23,7 (9)
Biais de réminiscence	7,8 (3)

Pour les auteurs, comprendre les mécanismes de ces principaux biais cognitifs inconscients est un des premiers pas vers l'amélioration de la sécurité des patients.

Publié par JIM le 24/05/2012

Synthèse faite par Mme le Dr Béatrice Jourdain.

Stiegler M et coll. : Cognitive errors detected in anaesthesiology : a literature review and pilot study.
Br J Anaesthesia, 2012 ; 108 : 229–35

Cette publication est fort intéressante, elle concerne les capacités des anesthésistes à maitriser les évènements inopinés. Elle pourrait faire l'objet d'une recherche approfondie rétrospective ou prospective à grande échelle en France, nous avons tous des souvenirs de situations critiques plus ou moins bien gérées.

Nous remercions JIM pour la grande pertinence de ses analyses et de mettre à la disposition de tous les professionnels des études qui les font progresser.

LU DANS LA PRESSE

Casser la voix... avec une anesthésie générale

Deux auteurs ont tenté d'évaluer à l'aide d'une revue systématique de la littérature les conséquences sur les cordes vocales (CV) et la voix, chez l'adulte, d'une anesthésie de moins de 5 heures au moyen d'une sonde endotrachéale ou d'un masque laryngé ; en effet, l'incidence de l'enrouement et des lésions des CV au cours de ces anesthésies relativement brèves n'est pas claire.

Les lésions habituellement notées sont des paralysies, des hématomes et des granulomes des CV ainsi que des luxations aryténoïdes, affection mal connue et parfois même non reconnue comme une authentique entité nosologique qu'il est pourtant important de savoir évoquer : la persistance d'une dysphonie (de l'éraillement vocal à l'aphonie complète), plus rarement d'une dysphagie, d'un stridor ou d'une douleur plus de 48 heures après l'extubation doivent y faire penser, alors que les patients ne consultent souvent un ORL qu'en cas d'enrouement prolongé.

La nasofibroscopie réalisée trouve alors une asymétrie des CV avec bascule de l'aryténoïde et, parfois, un mouvement résiduel de celui-ci. Lorsque le diagnostic de luxation aryténoïde est affirmé, une réduction est à tenter systématiquement, même à distance du traumatisme, en raison d'une amélioration possible de la phonation et du risque de pérennisation des lésions. En outre, une rééducation orthophonique est indiquée à distance de la réduction, et parfois même avant celle-ci.

La recherche bibliographique d'études rapportant à la fois des mesures pré- et postopératoires de la fonction des CV a permis d'en trouver 13 satisfaisant aux critères d'inclusion. Elles ont été jugées hétérogènes et difficilement comparables. Enrouement et lésions des CV étaient notés dans la plupart : des lésions des CV ont été constatées jusqu'à 69 fois sur 100 (surtout des hématomes et des œdèmes muqueux), et un enrouement dans 32 à 40 % des cas dans la semaine suivant l'intervention ; ces anomalies étaient plus fréquentes en cas d'intubation par tube endotrachéal. Un enrouement persistant jusqu'à 6 mois après l'intervention a pu être noté dans plusieurs études. Cinq granulomes ont été rapportés.

Les auteurs concluent que des études prospectives bien conçues sont nécessaires pour générer des données fiables et proposent une méthode de classement des lésions des CV dues à l'anesthésie générale ; le recours à un protocole de mesure standardisé préopératoire et postopératoire comprenant une analyse acoustique ainsi qu'un questionnaire du patient, le Voice Handicap Index, sont conseillés.

Publié dans JIM le 17/04/2012
Dr Gérard Loeb

Trop d'examens inutiles avant d'être opéré

Quinze sociétés savantes recommandent de limiter ECG, bilans sanguins ou radios des poumons avant les anesthésies. Elles considèrent que ces examens sont coûteux et le plus souvent inutiles.

La Société française d'anesthésie et de réanimation (Sfar) publie, vendredi 25 mai, de nouvelles recommandations sur ces bilans préopératoires encore trop fréquents en France. « La philosophie générale est une limitation aux examens strictement nécessaires, c'est-à-dire, en fait, un tout petit nombre de vérifications », résume le Pr Serge Molliex, praticien au CHU de Saint-Étienne, qui a coordonné l'expertise.

« Complications rarissimes »

Après avoir étudié ces dernières années les bénéfices éventuels des examens préopératoires, la littérature médicale internationale est aujourd'hui unanime. Ces bilans ne se justifient que dans certains cas, liés à l'âge du patient, son état, ses antécédents ou tout facteur de risque apparu au cours de l'interrogatoire médical. A contrario, les examens ne servent à rien s'ils sont pratiqués en routine.

« La plupart du temps, aucune anomalie n'est détectée, souligne le Pr Molliex. Les complications sont rarissimes. De toute façon, les études montrent que la prise en charge n'est pas modifiée par le résultat du test. ».

Travail de persuasion

Une première série de recommandations ont été publiées en 1998 par l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (Anaes). Près de quinze ans plus tard, les experts poursuivent dans cette logique, en allant plus loin dans la restriction. « Il faut encore les convaincre que ces examens en batterie ne servent à rien, coûtent cher et font perdre un temps précieux au patient et à l'hôpital », relève le Pr Benhamou, qui évalue à 50 % le taux de suivi des recommandations actuelles. Les petites opérations chirurgicales réalisées sont plus particulièrement dans le viseur des experts par exemple le patient jeune et sportif pour une chirurgie mineure. De même, le bilan de coagulation est inutile avant une péridurale si aucun facteur de risque n'a été décelé.

Convaincre les patients

Validées par quinze sociétés savantes, ces recommandations doivent dorénavant être relayées auprès du grand public, avec l'espoir de convaincre les patients que le bilan préopératoire ne s'impose pas. Si l'objectif est de « tirer la pratique médicale vers le haut », une réduction du nombre de tests constitue aussi une source d'économies, intéressante à l'heure d'un déficit majeur des comptes de la santé.

EN SAVOIR PLUS :
http://sante.lefigaro.fr/sante/specialite/anesthesie/quest-ce-que-cest?

LIRE AUSSI :
http://sante.lefigaro.fr/actualite/2011/11/21/15980-comment-mieux-se-reveiller-apres-anesthesie-generale?
http://sante.lefigaro.fr/actualite/2010/06/13/10262-anesthesie-generale-crainte-persiste?

Par Delphine Chayet - le 24/05/2012

LU DANS LA PRESSE

A quoi sert l'échographie pour les anesthésies loco-régionales ?

Pr Bernard Cholley,
Service de réanimation de l'hôpital Européen Georges-Pompidou.

Une des évolutions frappantes du métier de médecin anesthésiste réanimateur au cours de la dernière décennie a été l'irruption des techniques échographiques dans notre pratique quotidienne. ... L'intérêt de cet outil aux mains des anesthésistes réanimateurs est moins connu, et pourtant il est de plus en plus présent dans leurs activités. Deux grands domaines ont été bouleversés par l'arrivée de l'échographie : il s'agit de l'anesthésie locorégionale et de la réanimation.

L'anesthésie locorégionale (ALR), contrairement à l'anesthésie générale, permet de réaliser une opération sans faire perdre conscience au patient. Sous ALR, seuls la moitié inférieure du corps ou un membre isolé sont anesthésiés. Actuellement, entre 20 et 30 % des actes chirurgicaux sont faits sous ce type d'anesthésie, mais il faut y ajouter les nombreuses ALR qui sont réalisées en complément d'une anesthésie générale afin de prévenir efficacement les douleurs post-opératoires. Faire une ALR consiste à mettre un médicament anesthésique local au voisinage immédiat d'un nerf ou d'un groupe de nerfs (plexus) afin de bloquer la conduction nerveuse et donc, entre autres, la transmission de l'influx douloureux. Il y a encore seulement quelques années, la seule façon de réaliser cet acte consistait à piquer en direction des nerfs avec une aiguille reliée à un stimulateur électrique. L'approche du nerf était révélée par l'apparition d'un mouvement dans le territoire musculaire commandé par ce nerf. En dosant l'intensité électrique délivrée par le stimulateur, l'anesthésiste jaugeait si la proximité de l'aiguille était satisfaisante ou insuffisante pour permettre l'administration du produit anesthésique local. Cette technique était cependant régulièrement mise en échec du fait de variations anatomiques individuelles imprévisibles et de son caractère, malgré tout, approximatif.

Grâce à l'imagerie échographique qui permet de visualiser les nerfs que l'on souhaite bloquer, les anesthésistes ont non seulement augmenté le taux de succès de leurs ALR, mais aussi leur efficacité en réduisant les doses d'anesthésique local et, de ce fait, le risque de toxicité qui leur est associé. Ainsi, si vous choisissez d'être opéré sous ALR ou si on vous en propose une en complément de votre anesthésie générale, ne soyez pas surpris de voir votre médecin anesthésiste s'approcher avec une sonde d'échographie pour guider son geste, il n'en sera que plus sûr et plus efficace !

L'échographie a par ailleurs changé beaucoup de choses en réanimation ces dernières années. La plus importante est que grâce à la visualisation interne du cœur et des gros vaisseaux, il est possible de comprendre très vite pour quelle raison un patient se trouve en détresse aiguë. Devant une situation « d'état de choc », le réanimateur sait que les minutes comptent et que les décisions thérapeutiques qu'il lui faut prendre doivent être adaptées au mieux pour corriger la détresse du patient. Or, les causes d'état de choc sont multiples et les traitements des unes ne sont pas ceux des autres, pouvant même être responsables d'aggravation s'ils sont prescrits à mauvais escient.

Essentielle en réanimation

Quand la situation est confuse ou que l'on est seul en garde la nuit sans un collègue avec qui se concerter avant de prendre des décisions d'importance vitale, l'échographie est un secours essentiel. Très rapidement, elle va orienter le diagnostic entre les causes non cardiaques (hémorragie, déshydratation, dilatation aiguë des vaisseaux…) au cours desquelles le cœur va apparaître de petite taille avec une excellente contractilité ou vers des causes cardiaques, où le cœur défaillant apparaît peu tonique voire dilaté. On pourra alors préciser si c'est le ventricule droit ou gauche qui « pompe mal » car les causes sous-jacentes étant potentiellement différentes, les traitements à initier ne sont pas les mêmes. On pourra aussi voir si le cœur est comprimé par du liquide ou des caillots situés dans son voisinage, et qui peuvent justifier une décompression chirurgicale en urgence.

Ces informations sont tellement précieuses que des experts représentants les sociétés de réanimation du monde entier viennent de publier une déclaration dans laquelle ils annoncent que désormais, l'apprentissage de l'échocardiographie et des autres techniques ultrasonores doit faire partie de la formation de tout médecin travaillant en réanimation. Les anesthésistes réanimateurs français ont été parmi les premiers au monde à bénéficier d'un accès aisé à la formation échocardiographie grâce à l'aide de nos collègues cardiologues qui ont accepté de nous former à cet outil dont ils avaient la maîtrise. Désormais, nous faisons face nous-mêmes aux nombreuses demandes de formation, qui confirment que les médecins anesthésistes réanimateurs ont bien compris qu'ils ne pouvaient plus ignorer ces techniques. Il reste à développer l'apprentissage systématique chez tous les jeunes qui commencent ce métier, au même titre qu'on leur enseigne les autres techniques spécifiques à la réanimation et à l'anesthésie.

LU DANS LA PRESSE

Moins d'infections postopératoires avec l'anesthésie locale

Les infections postopératoires (IPO) après chirurgie sont une source de complications multiples, voire de mortalité, et, prolongeant l'hospitalisation, elles en augmentent le coût. Cependant, malgré les efforts entrepris pour diminuer leur incidence, leur éradication complète paraît utopique, même pour la chirurgie « propre » (hernies, varices) où le taux en dépasse encore 1,5 %. Pour comprendre la raison de ce taux irréductible, les auteurs ont procédé à une enquête dans 34 hôpitaux du Michigan qui utilisent tous le même programme d'amélioration de la qualité des soins et ils ont comparé les meilleurs et les pires d'entre eux en matière d'IPO. Ils ont remarqué que l'un des plus performants utilisait plus qu'aucun autre l'anesthésie locale (AL) ; ils en ont inféré que l'AL pourrait être un facteur de réduction des IPO et ont comparé la fréquence de ces infections au cours d'interventions similaires sous anesthésie générale (AG) et sous AL non potentialisée.

Ils ont ainsi examiné les dossiers de 111 683 patients (1 928 AL) opérés entre 2005 et 2007. Ont été définies comme IPO les sepsis pariétaux ou profonds dans les 30 premiers jours. Dans le groupe AG, étaient également incluses les anesthésies locorégionales (rachianesthésie, péridurales, etc.).

Les interventions les plus communément réalisées sous AL ont été les excisions de kyste ou fibroadénome du sein, sein surnuméraire, biopsie d'une lésion mammaire repérée par harpon, mastectomie partielle, mais aussi cure de hernie inguinale ou ombilicale, crossectomie de saphène incompétente, etc. Il a été tenu compte ensuite des conditions démographiques et pathologiques incitant à pratiquer plutôt une AG : sujets plus jeunes, hommes, fumeurs, dyspnéiques, interventions plus longues et complexes.

Une régression logistique a alors permis d'ajuster les différences en fonction des pathologies associées, et des facteurs préopératoires entre les groupes AL et AG (complexité de l'intervention, âge, poids, insuffisance cardiaque). Deux groupes très voisins de 1 343 AG vs 1 343 AL parfaitement comparables (même proportion d'hommes, de fumeurs, d'alcoliques, de dyspnéiques), pour des interventions de même complexité et de même durée, qui d'ailleurs ont été souvent de même nature, ont pu être ainsi analysés.

Avant et après ajustement, on constate un taux d'IPO très inférieur dans le groupe AL (0,7 et 0,8 % vs 1,4 % dans le groupe AG).
L'anesthésie locale est donc un facteur indépendant permettant de réduire significativement le risque d'infections postopératoires.

Publié dans JIM le 19/04/2012
Dr Jean-Fred Warlin

Observer en temps réel les effets des anesthésiques sur le cerveau

Des millions de personnes dans le monde subissent chaque année une anesthésie générale. Mais que se passe-t-il dans le cerveau lorsque l'on administre des agents anesthésiques ? Même si l'acte est considéré comme relevant de la routine, la compréhension des phénomènes physiologiques qui sous-tendent l'anesthésie générale au niveau du cerveau demeure un défi en biologie et en médecine.

Des équipes du CEA, de l'Inserm, de l'hôpital Henri-Mondor (AP-HP) et de l'UPEC viennent de montrer, grâce à un système d'IRM à ultra-haut champ magnétique et dédié à l'imagerie du petit animal, qu'il est possible d'observer en temps réel l'action des agents anesthésiques sur la vascularisation du cerveau. Ces résultats permettront à terme de comprendre les effets encore mal connus de l'anesthésie générale sur le cerveau et l'action de nouveaux agents anesthésiques chez l'homme. Elle montre également le potentiel de ces dispositifs IRM à ultra-haut champ magnétique, qui fournissent des images plus précises de la physiologie cérébrale, de résolutions bien supérieures à celles obtenues avec les IRM actuellement utilisés dans les hôpitaux. Ces résultats viennent d'être publiés en ligne par la revue PloS ONE.

Le risque infectieux des cathéters centraux diffère-t-il selon le site d'insertion ?

Les infections sanguines sur cathéter veineux central représentent une cause importante de morbidité et de mortalité chez les patients hospitalisés. Diverses directives actuelles recommandent d'éviter l'accès veineux fémoral, perçu comme plus à risque pour cette complication. Cependant, le surcroît de bactériémies liées aux cathéters fémoraux par rapport à un cathétérisme veineux sous-clavier ou jugulaire interne n'a pas été systématiquement évalué.

Une revue systématique de la littérature a été conduite, reprenant des essais contrôlés randomisés et des études de cohortes rapportant la fréquence des bactériémies sur cathéter non tunnelisé (taux d'infections/1 000 jours cathéter). Ces travaux s'étaient intéressés à une population adulte, mais sans restriction selon le type de population ou les services concernés.

LU DANS LA PRESSE

Deux essais contrôlés randomisés (1 006 cathéters) et 8 études de cohorte (16 370 cathéters) ont satisfait aux critères d'inclusion pour cette méta-analyse. Au total, 3 230 cathéters ont été placés au niveau sous-clavier, 10 958 en jugulaire interne et 3 188 dans la veine fémorale pour un total de 113 652 jours cathéter. La densité moyenne d'infection sanguine liée au cathéter est de 2,5/1 000 jours cathéters (de 0,6 à 7,2). Il n'y avait pas de différence significative dans le risque de bactériémies liées au cathéter entre les sites sous-clavier/jugulaire interne et une insertion fémorale dans les deux essais contrôlés randomisés. Cependant, sur l'ensemble des études, le site jugulaire interne est apparu associé à un risque significativement plus faible de bactériémies par rapport au site fémoral (risque relatif [RR] de 1,90 ; intervalle de confiance à 95 % [IC 95] de 1,21 à 2,97, p = 0,005). Cette différence était due aux résultats de deux travaux avec des intervalles statistiques très larges. Lorsque ces deux études ont été retirées de l'analyse, aucune différence significative dans le risque de bactériémies selon le site ne subsistait : RR de 1,35 avec un IC 95 de 0,84 à 2,19, et une valeur de p = 0,2.

La méta-régression a démontré une interaction importante entre les différences de risque infectieux et l'année de publication (p = 0,01), le site fémoral apparaissant comme plus à risque dans les études les plus anciennes.

Le risque de thrombose veineuse profonde a été examiné dans les deux essais contrôlés randomisés. Les résultats montrent l'absence de différence dans le risque thrombotique entre le site fémoral d'une part et les sites sous-clavier et jugulaire interne combinés d'autre part. A noter cependant une hétérogénéité significative entre ces études limitant la portée du résultat.

Sur la base de ces données, les auteurs de cette revue concluent que les études récentes ne montrent aucune différence dans le taux de bactériémies liées au cathéter selon les trois sites d'insertion possibles. Le choix d'une voie d'abord doit donc être pragmatique, dépendant de paramètres multiples : expérience de l'opérateur, situation clinique d'extrême urgence, possibilité de guidage par échodoppler, patients obèses, etc.

Publié par JIM le 03/08/2012

Dr Béatrice Jourdain

Marik P et coll. : The risk of catheter-related bloodstream infection with femoral venous catheters as compared to subclavian and internal jugular venous catheters: A systematic review of the literature and meta-analysis. Crit Care Med 2012 ; 40 : 2479-2485

Pratiques transfusionnelles - délivrance en urgence de PSL

Début juillet, l'agence du médicament et des produits de santé (ANSM) a été informée de la survenue d'un décès d'un patient présentant une hémorragie massive qui n'avait pu être traitée par transfusion en raison d'un *« retard à la délivrance »* d'unités de plasmas frais congelés.

À la suite de cette déclaration, l'agence a diffusé auprès des acteurs du réseau d'hémovigilance et des sociétés savantes une note d'information rappelant les principes de bonnes pratiques transfusionnelles, en matière de délivrance des produits sanguins labiles (PSL) en urgence ainsi que les recommandations pour la transfusion de plasma thérapeutique.

L'agence précise en particulier que l'urgence à délivrer les PSL doit être précisée par le prescripteur au moyen d'une mention claire et spécifique sur l'ordonnance. *« Toutefois, la situation clinique pouvant se modifier à tout moment, il est possible pour le prescripteur de requalifier le niveau d'urgence »*, précise l'ANSM. La note rappelle qu'il existe 3 degrés d'urgence transfusionnelle : l'urgence vitale immédiate (UVI), cas du patient décédé, où la délivrance des PSL doit se faire *« sans délai » ;* les PSL peuvent être délivrés avant la connaissance des résultats des analyses immuno-hématologiques prévues. L'urgence vitale correspondant à la situation où le délai d'obtention de ces produits sanguins est *« inférieur à 30 minutes »*. L'urgence relative où le délai d'obtention est le plus souvent de deux à trois heures ce qui permet la réalisation de l'ensemble des analyses.

L'agence rappelle également qu'il existe des recommandations pour la transfusion de plasma thérapeutique (produits, indications) sur son site. Ces dernières ont été récemment actualisées, notamment pour les situations d'hémorragie massive, et ont été publiées en juillet 2012.

lequotidiendumedecin.fr - 23/08/2012

LU DANS LA PRESSE

Un pronostic moins sévère grâce à l'hélicoptère ?

L'intérêt du transport héliporté dans la survie des polytraumatisés sévères reste un sujet de débat. Le coût de cette modalité de prise en charge est en effet non négligeable et l'absence d'études méthodologiquement rigoureuses ne permet pas de nette conclusion.

Une équipe d'investigateurs a ainsi voulu évaluer les différences de pronostic chez des patients adultes souffrant de lésions traumatiques multiples et graves selon que le mode de transport est terrestre ou aérien.

Il s'agit d'une étude de cohorte rétrospective portant sur 223 475 malades âgés de plus de 15 ans, avec un score de gravité spécifique (ISS ou *injury severity score*) supérieur à 15 et nécessitant un transfert vers des centres spécialisés (trauma center de niveau I ou II).

Un total de 61 909 patients ont été transportés par hélicoptère et 161 566 patients ont été transportés par voie terrestre. Sur l'ensemble, 7 813 malades (12,6 %) transportés par hélicoptère sont décédés par rapport à 17 775 patients (11 %) du groupe transféré par camion. Les patients emmenés par hélicoptère ont toutefois en moyenne des scores de gravité plus élevés. Le pronostic fonctionnel est de plus amélioré en cas de transport aérien : 18,2 % des malades transportés par hélicoptère sortent vers des services de soins de réadaptation contre 12,7 % de ceux transportés par les services au sol (p<0,001).

Ainsi, chez les patients avec un traumatisme majeur et après prise en compte des multiples facteurs de confusion, le transport par hélicoptère apporte un gain de survie significatif. Dans leur discussion, les auteurs soulignent la nécessité d'utiliser d'autres critères de jugement (handicap et qualité de vie des survivants) dans les futures études amenées à affiner ces résultats. En effet, si l'on estime qu'il faut 65 malades transportés par hélicoptère pour sauver une vie, soit un coût estimé de 325 000 Dollars US, cette prise en charge pourrait être à terme jugée par certains comme un luxe.

Publié le 16/05/2012
Dr Béatrice Jourdain

Galvagno S. et coll. : Association between helicopter vs ground emergency medical services and survival for adults with major trauma. JAMA. 2012 ; 307 : 1602-1610

Arrêt cardiaque extra-hospitalier - Emploi de l'adrénaline

L'adrénaline est largement utilisée au cours de la réanimation cardiorespiratoire des arrêts cardiaques survenant en dehors de l'hôpital (AC extra H). Cependant, cette molécule, qui accroît la consommation en oxygène cardiaque et les arythmies, peut être à l'origine de complications.

Une équipe japonaise a voulu évaluer l'association entre l'utilisation d'adrénaline avant l'arrivée à l'hôpital et la mortalité à court terme chez des patients présentant un arrêt cardiaque.

Les données de 417 188 arrêts cardiaques entre 2005 et 2008 ont été analysées prospectivement. Les critères de jugement retenus sont le retour à une circulation spontanée avant arrivée à l'hôpital, la survie à 1 mois après l'arrêt cardiaque, l'évolution neurologique bonne ou satisfaisante (score de performance cérébrale [PC] à 1 ou 2), et la survie avec un handicap léger à modéré (score de handicap global [HG] à 1 ou 2).

La récupération d'une hémodynamique efficace avant l'admission hospitalière est observée chez 2 786 des 15 030 patients (18,5 %) dans le groupe avec adrénaline contre 23 042 sur 402 158 patients (5,7 %) dans le groupe sans adrénaline (p<0,001). En analyse selon les scores de propension, la différence reste significativement plus élevée dans le groupe adrénaline (18,3 %) que dans le groupe sans (10,5 %) (p<0,001). Une association positive est donc observée entre l'administration d'adrénaline et le retour à une circulation spontanée avant l'arrivée à l'hôpital que ce soit globalement (odds ratio ajusté [OR] de 2,36, p<0,001) ou selon l'estimation des propensions (OR ajusté de 2,51, p<0,001).

Le nombre de survivants à 1 mois est de 5,4 % dans le groupe traité contre 4,7 % dans le groupe sans adrénaline (p<0,001). En revanche, le nombre de survivants à 1 mois avec PC à 1 ou 2 est de 1,4 % dans le groupe avec adrénaline et de 2,2 % dans le groupe sans (p<0,001). Les mêmes proportions sont relevées pour les survivants ayant un HG à 1 ou 2 : elles sont de 1,4 et 2,2 % respectivement dans le groupe avec et sans adrénaline (p<0,001). Des associations négatives sont ainsi observées entre l'utilisation d'adrénaline et l'évolution neurologique ou le handicap : l'OR ajusté est de 0,31 et de 0,32 pour chacune de ces mesures réalisées à 1 mois (p<0,001). Des associations négatives similaires sont observées en analyse en score de propensions.

Ces résultats suggèrent que l'adrénaline, clé de voûte du traitement au cours de la ressuscitation cardiaque, favorise certes le retour à une activité circulatoire mais pourrait diminuer les chances de survie à 1 mois en bonne condition neurologique. Dans l'éditorial accompagnant la publication de cette importante étude (2), l'auteur appelle à préciser cet effet paradoxal par un essai randomisé de puissance suffisante.

Dr Béatrice Jourdain
Publié par JIM le 03/05/2012

1 Hagihara A. et coll. : Prehospital Epinephrine Use and Survival Among Patients With Out-of-Hospital Cardiac Arrest JAMA. 2012 ; 307 : 1161-1168

2 Callaway C. : Questioning the Use of Epinephrine to Treat Cardiac Arrest. JAMA, 307 : 1198-1199

LU DANS LA PRESSE

Il serait bien de s'entraîner régulièrement à la réanimation cardiopulmonaire !

Dans la plupart des services hospitaliers, le personnel infirmier n'a que peu l'occasion de pratiquer une réanimation cardiopulmonaire (RCP), en dehors de la formation continue annuelle ou bisannuelle.

Plusieurs études ont pourtant montré que les connaissances sur la pratique de la RCP diminuent au-delà de 2 mois après la formation. Une méta-analyse de 53 études sur le maintien des compétences a montré que l'absence de pratique durant un an entraîne la perte de 92 % de la compétence initiale. Seules quelques études ont évalué la qualité des compétences en RCP des infirmier(e)s, mais il apparaît que celle-ci, tout comme celles des autres soignants, ne permettent pas toujours de réaliser correctement une RCP, notamment en ce qui concerne la profondeur des compressions thoraciques.

Les mannequins et autres dispositifs d'aide à la pratique d'une RCP sont des outils intéressants pour le maintien des compétences à réaliser une RCP adéquate. Ils permettent de rafraîchir les connaissances acquises antérieurement (formation initiale et continue) et d'accroître l'expérience professionnelle. Sur les mannequins, les limites correctes de compression et de ventilation sont programmées, une aide corrective auditive ou visuelle indique au soignant le niveau de sa performance.

Skorning et coll. ont testé un nouveau dispositif visuel d'aide à la RCP, qui prend en compte la profondeur et le rythme des compressions thoraciques. Le petit dispositif est placé entre la poitrine du patient et la paume du soignant. Il indique, au moyen d'un jeu de couleurs, la profondeur et le rythme des compressions. Parmi les 93 soignants qui ont participé à l'étude, seulement 45 % ont réalisé une profondeur de compression correcte sur un mannequin sans ce dispositif. Après un entraînement sur un mannequin équipé du dispositif, ce pourcentage passe à 73 %. En ce qui concerne le rythme des compressions thoraciques adéquat, le pourcentage passe de 62 à 95 % grâce à la mise en place du dispositif.

Dans un hôpital américain, une approche d'entraînement à la RCP appelée Rolling Refreshers a été mise en place dans le service de pédiatrie. Une valise contenant un mannequin et un défibrillateur avec un dispositif automatique de correction est mise à disposition en permanence en accès libre dans une salle du service. Les compétences en RCP sont significativement améliorées pour les infirmier(e)s qui effectuent un entraînement au minimum 2 fois par mois.

Publié par JIM le 13/06/2012
Dr Estelle Deniaud Boüet

Oermann, MH et coll. : Competence in CPR. Am J Nurs., 2012 ; 112 : 43-46.

12 % d'arrêts maladie en plus entre 2007 et 2011 dans la fonction publique hospitalière

Paris, le vendredi 22 juin 2012 - Une étude de la Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales (CNRACL) se basant sur 114 500 agents de la fonction publique hospitalière (FPH) exerçant dans 900 établissements a été menée de 2007 à 2011. Il apparaît que la fréquence des arrêts maladie a progressé de 12 %, la durée des arrêts de 9 %, tandis que la proportion d'agents absents par centre a augmenté de 7 %. L'enquête met par ailleurs en évidence le fait que les plus petits établissements sont plus touchés par l'absentéisme (avec un taux de 14 % dans les structures comptant moins de 50 salariés, 12 % dans celles comptant entre 50 et 99 agents et 10 % dans celles de plus de 100 personnes).

Publié Par JIM le 22/06/2012
M.P.

TEXTES OFFICIELS

PARU AU JOURNAL OFFICIEL DE LA REPUBLIQUE

Avenant n° 1 à la convention-cadre nationale relative au contrôle, à titre expérimental, des arrêts de travail des fonctionnaires hospitaliers par les caisses **primaires d'assurance maladie et les services du contrôle médical placés près d'elles**

NOR: AFSS1230299X - JORF n°0176 du 31 juillet 2012 - Texte n°13

Objet de la convention

« La présente convention a pour objet de définir les modalités de la mise en œuvre, à titre expérimental, par les établissements publics de santé volontaires et les caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) et les services du contrôle médical placés près d'elles, du contrôle des arrêts de travail dus à une maladie d'origine non professionnelle des fonctionnaires mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière. »

Arrêté du 5 avril 2012 portant cahier des charges relatif à l'élaboration du rapport de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie sur les droits des usagers du système de santé mentionné à l'article D. 1432-42 du code de la santé publique

NOR: ETSP1220103A - JORF n°0109 du 10 mai 2012 - Texte n°107

Article 1

Le rapport spécifique de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie prévu à l'article D. 1432-42 du code de la santé publique est élaboré en fonction des orientations et objectifs suivants :

Promouvoir et faire respecter les droits des usagers

1. Former les professionnels de la santé sur le respect des droits des usagers.
2. Rendre effectif le processus d'évaluation du respect des droits des usagers.
3. Droit au respect de la dignité de la personne. — Promouvoir la bientraitance.
4. Droit au respect de la dignité de la personne. — Prendre en charge la douleur.
5. Droit au respect de la dignité de la personne. — Encourager les usagers à rédiger des directives anticipées relatives aux conditions de leur fin de vie.
6. Droit à l'information. — Permettre l'accès au dossier médical.
7. Assurer la scolarisation des enfants handicapés en milieu ordinaire ou adapté.
8. Droits des personnes détenues. — Assurer la confidentialité des données médicales et l'accès des personnes à leur dossier médical.
9. Santé mentale. — Veiller au bon fonctionnement des commissions départementales de soins psychiatriques.

Renforcer et préserver l'accès à la santé pour tous

10. Assurer l'accès aux professionnels de santé libéraux.
11. Assurer financièrement l'accès aux soins.
12. Assurer l'accès aux structures de prévention.
13. Réduire des inégalités d'accès à la prévention, aux soins et à la prise en charge médico-sociale sur tous les territoires.

Conforter la représentation des usagers du système de santé

14. Former les représentants des usagers siégeant dans les instances du système de santé.

Renforcer la démocratie sanitaire

15. Garantir la participation des représentants des usagers et des autres acteurs du système de santé dans les conférences régionales de la santé et de l'autonomie et les conférences

Décret n° 2012-994 du 23 août 2012 relatif au Haut Conseil des professions paramédicales

NOR: AFSH1230873D - JORF n°0197 du 25 août 2012 - Texte n°6

Publics concernés : professionnels paramédicaux.
Objet : composition et fonctionnement du Haut Conseil des professions paramédicales.
Entrée en vigueur : le texte entre en vigueur le lendemain de sa publication.
Notice : le présent décret dote le Haut Conseil des professions paramédicales d'un vice-président et modifie les règles de fonctionnement du conseil afin de renforcer la présence de ses membres. Les missions du Haut Conseil des professions paramédicales ne sont pas modifiées : il est chargé de promouvoir une réflexion interprofessionnelle sur la formation, les diplômes et l'exercice des professions paramédicales. Il est également obligatoirement consulté sur les textes réglementaires portant sur ces sujets et peut faire des propositions au ministre chargé de la santé sur ces questions.
Références : les dispositions du code de la santé publique modifiées par le présent décret peuvent être consultées, dans leur rédaction issue de cette modification, sur le site Légifrance (http://www.legifrance.gouv.fr).

TEXTES OFFICIELS

LOI n° 2012-954 du 6 août 2012 relative au harcèlement sexuel (1)

NOR: JUSX1224421L - JORF n°0182 du 7 août 2012 - Texte n°1

L'Assemblée nationale et le Sénat ont adopté,
Le Président de la République promulgue la loi dont la teneur suit :

Article 1

Le paragraphe 4 de la section 3 du chapitre II du titre II du livre II du code pénal est complété par un article 222-33 ainsi rétabli :

« Art. 222-33. - I. — Le harcèlement sexuel est le fait d'imposer à une personne, de façon répétée, des propos ou comportements à connotation sexuelle qui soit portent atteinte à sa dignité en raison de leur caractère dégradant ou humiliant, soit créent à son encontre une situation intimidante, hostile ou offensante.

« II. — Est assimilé au harcèlement sexuel le fait, même non répété, d'user de toute forme de pression grave dans le but réel ou apparent d'obtenir un acte de nature sexuelle, que celui-ci soit recherché au profit de l'auteur des faits ou au profit d'un tiers.

« III. — Les faits mentionnés aux I et II sont punis de deux ans d'emprisonnement et de 30 000 € d'amende.

« Ces peines sont portées à trois ans d'emprisonnement et 45 000 € d'amende lorsque les faits sont commis
« 1° Par une personne qui abuse de l'autorité que lui confèrent ses fonctions ;
« 2° Sur un mineur de quinze ans ;
« 3° Sur une personne dont la particulière vulnérabilité, due à son âge, à une maladie, à une infirmité, à une déficience physique ou psychique ou à un état de grossesse, est apparente ou connue de leur auteur ;
« 4° Sur une personne dont la particulière vulnérabilité ou dépendance résultant de la précarité de sa situation économique ou sociale est apparente ou connue de leur auteur ;
« 5° Par plusieurs personnes agissant en qualité d'auteur ou de complice. »

Syndicat National des Infirmiers Anesthésistes

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE DU SNIA

SAMEDI 24 NOVEMBRE 2012

De **10H00** à **12H30** : Assemblée Générale Ordinaire : Accès Réservé aux Adhérents SNIA
De **14H00** à **17H00** : FORUM ouvert à tous les IADE / EIADE / CSIADE !

CISP - Centre RAVEL, 6 avenue Maurice Ravel 75012 Paris
Métro : Bel Air (ligne 6)
Porte de Vincennes
Bus : 29, 56, PC2, 351

« Venez Nombreux et n'hésitez pas à transmettre l'invitation à vos collègues! »

Infirmier(e)s Anesthésistes

pour être informés,

représentés,

conseillés,

adhérez au :

www.snia.net

Syndicat National des Infirmiers Anesthésistes

157 Rue Legendre - 75017 PARIS

Tel. : 01.40.35.31.98

Fax : 01.40.35.31.95

e-mail : snia75@snia.net

L'hôpital universitaire Robert-Debré

Hôpital de la mère, de l'enfant et de l'adolescent

Recrute (H/F)

IDE, PUER, IADE, IBODE, AS, AXP, MK, MER
(horaires en 12h et/ou 8h - jour /nuit)

Cadre de santé (horaires en 9h)

Venez rejoindre notre hôpital pour réaliser votre projet professionnel.

Nous vous proposons des contrats d'apprentissage,
des contrats d'allocation d'études,
des formations qualifiantes et d'intégration,
des formations par e-learning.
Le personnel bénéficie de structures sociales (crèche, médiathèque).

Hôpital universitaire Robert-Debré
48, boulevard Sérurier - 75019 Paris
01 40 03 20 00
http://robertdebreparis.aphp.fr

Métro :
Lignes 3 bis et 11 : Porte des Lilas
Ligne 7 bis : Pré-Saint-Gervais

Bus :
PC2 : Hôpital Robert-Debré
48 : Porte du Pré Saint-Gervais
61 et 96 : Porte des Lilas

Tramway :
T3 : Hôpital Robert-Debré (ouverture de la ligne mi-décembre 2012)

Parking attribué au personnel selon les conditions du règlement intérieur

Contact recrutement : Direction des soins et des activités paramédicales

01 40 03 24 83 - recrutement.soins@rdb.aphp.fr

Hôpital-universitaire-Robert-Debré

ASSISTANCE PUBLIQUE HÔPITAUX DE PARIS

Hôpital universitaire Robert-Debré - service communication - septembre 2012

Le Centre Hospitalier de Versailles

Hôpital référent du Sud des Yvelines
Porteur de nombreux projets dont la rénovation des blocs opératoires et de la réanimation…

RECRUTE DES IADE ET DES IBODE

Conditions :
Reprise d'ancienneté possible
Versement de la prime d'installation dès la mise en stage
Possibilité de logement
Possibilité d'accueil en crèche
Accompagnement personnalisé dans votre projet professionnel
Temps de travail : 37H30 hebdomadaires soit 18 jours de RTT

Contact :
Monsieur Jean-Marc BOUSSARD,
Coordonnateur Général des Soins
Centre Hospitalier de Versailles
177, rue de Versailles
78 157 LE CHESNAY Cedex
Tel : 01 39 63 80 88 - Courriel : emploisds@ch-versailles.fr

CENTRE HOSPITALIER DE VERSAILLES
CHV

LE CENTRE HOSPITALIER René DUBOS

95300 PONTOISE

RECRUTE DES INFIRMIERS ANESTHESISTES

(bloc pluridisciplinaire) • (expérience souhaitée)

Adressez votre lettre de candidature à :
Madame la Directrice des Soins, 6 avenue de l'Ile de France, 95300 PONTOISE
Pour tous renseignements complémentaires contacter :
Mme MAASSOULI Cadre Supérieur de Santé 01 30 75 47 34

Urgent

Région Ile-de-France

au cœur de vos ambitions...

Centre Hospitalier Privé
à but non lucratif
participant au Service Public,
hautement spécialisé
dans le traitement des
pathologies **THORACIQUES** et
CARDIO-VASCULAIRES,

LE CENTRE CHIRURGICAL MARIE LANNELONGUE
recherche (h/f) :

Infirmiers(ères) Anesthésistes

• **Pour son bloc cardio-thoracique**

Intégration et tutorat - Reprise ancienneté 100%
Temps partiel possible - Prime d'installation - Possibilité de logement.

Adresser candidature et C.V. au :
Centre Chirurgical MARIE LANNELONGUE
Madame CARPENTIER
Direction des Ressources Humaines
133 avenue de la Résistance
92350 Le Plessis Robinson
Tél : **01.40.94.87.95**
E-mail : **recrutement@ccml.fr**

Marie Lannelongue
Centre Chirurgical

prbcom.fr

Pour mieux nous connaître : www.ccml.fr

Centre hospitalier intercommunal des Portes de l'Oise

C.H.I des portes de l'Oise

recrute

UN(E) INFIRMIER(ÈRE) ANESTHÉSISTE

Poste d'IADE pour le Bloc Opératoire, ouvert à la mutation, aux contractuels ainsi qu'à des vacataires (tarif 30 euros).

⇨Venez nous rejoindre dans un hôpital de taille humaine, dans un bloc polyvalent avec Maternité niveau 2A. MAR et IADE sur place H24.

⇨Avantages : Plateau technique récent et agréable (salles d'opérations avec lumière naturelle), équipe dynamique, coopération médicale avec le CH de Pontoise, crèche.

⇨CH desservi par transports en commun (gare de Persan-Beaumont et réseau de bus) Accès par la route : 35 km de Paris (N1 et N184) et 35km de Beauvais (N1 et A16)

Renseignement auprès de :
Madame Fabienne VIGUERARD
Directrice des Soins - tél. 01 39 37 13 61

Envoi des CV à :
Madame Florence TANTIN,
Directrice des Ressources Humaines
CHI des Portes de l'Oise – 25 rue Edmond TURCQ
95260 BEAUMONT SUR OISE
direction.personnel@chi-desportesdeloise.fr

Région Champagne-Ardenne

CENTRE HOSPITALIER DE VITRY-LE-FRANÇOIS

2, rue Charles Simon, BP 413, 51308 VITRY LE FRANÇOIS

URGENT *LE CENTRE HOSPITALIER DE VITRY LE FRANÇOIS*
à 70 Kilomètres de Reims (autoroute) et 160 Kilomètres de Paris à 15 minutes du Lac du Der

RECRUTE :

DEUX IADE

TEMPS PLEIN OU TEMPS PARTIEL

POUR SON BLOC OPERATOIRE

Pour toute information complémentaire, vous pouvez vous adresser à :

Madame Sandrine CORMIER,
Coordinatrice des Soins
Tél : 03 26 73 60 67
s.cormier@ch-vitrylefrancois.fr
OU
Madame Karol FLEAUX,
Responsable des Ressources Humaines
Tél : 03.26.73.60.66
k.fleaux@ch-vitrylefrancois.fr

Région Haute-Normandie

LE POLE SANITAIRE DU VEXIN (C. H. DE GISORS -27)

RECHERCHE **IADE** pour son bloc opératoire pluridisciplinaire de 3 salles

·Poste : 8h/16h et 8h/8h sur place.
·Profil : titulaire du diplôme d'état d'Infirmier Anesthésiste
·Expérience souhaitée
·Autonome - rigoureux

Envoyer lettre de candidature et CV à :
Madame VATEBLED, Responsable du personnel
E-mail : drh@ch-gisors.fr
Courrier : CH de Gisors - BP 83 - 27140 GISORS

Pour renseignement :
Appeler Mme BOHARD
Cadre au Bloc : 02.32.27.79.96

Région Centre

Centre Hospitalier de Bourges

Recherche IADES

· Poste à pourvoir
· Bloc multidisciplinaire de 9 salles, bien équipé, projet de développement de l'hypnose, informatisation de l'anesthésie.
· Intervention sur le bloc opératoire, en SSPI, le bloc obstétrical (accouchements et césariennes), IRM.

Renseignements :
Mme RENNE, Cadre Supérieur de Santé Ou Mme PFAFF, Directrice des Soins /02.48.48.48.48
Candidature : Direction des Ressources Humaines - 145 av François Mitterrand - CS 30010 18000 BOURGES - drh@ch-bourges.fr

Région Pays de la Loire

CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE D'ANGERS

Le CHU d'ANGERS (MAINE-ET-LOIRE)
Recrute en urgence
Des Infirmiers Anesthésistes D.E.

Adresser votre LM accompagnée d'un CV à :
M. le Directeur des Ressources Humaines
CHU - 4 rue Larrey
49033 Angers Cédex 09
Tél : 02 41 35 43 29 **Email :** drh@chu-angers.fr

Pour tout renseignement sur les profils de postes, adressez-vous à
M. Bourdon - Directeur de soins
Tél : 02 41 35 38 22 **Email :** dds@chu-angers.fr

Région Auvergne

CENTRE HOSPITALIER JACQUES LACARIN

L'HÔPITAL AU SERVICE DE LA VIE

VICHY

BOULEVARD DENIÈRE - BP2757 - 03207 VICHY CEDEX - WWW.CH-VICHY.FR

RECRUTE UN(E) CADRE DE SANTE INFIRMIER(E) ANESTHESISTE D.E.

Renseignement à :
Madame Séverine GERIEUX
Cadre Supérieur de santé du Pôle Urgences-Anesthésie
Tel : 04 70 97 33 33 poste 5806
Mail : severine.geneux@ch-vichy.fr

Candidatures à :
Madame Magali TAMIN
Secrétariat des Ressources Humaines • Centre Hospitalier Jacques Lacarin
BP 2757 • 03207 VICHY CEDEX
Fax : 04.70.97.13.78 • Mail : magali.tamin@ch-vichy.fr

Région Rhône-Alpes

CENTRE HOSPITALIER DE BOURG-EN-BRESSE

LE CENTRE HOSPITALIER DE BOURG-EN-BRESSE

recherche **UN(E) I.A.D.E. à temps plein**

Notre bloc se compose de 9 salles d'intervention et propose les spécialités suivantes : l'orthopédie-traumatologie, la chirurgie digestive et viscérale, la chirurgie thoracique, la gynécologie et la chirurgie plastique, l'urologie, l'orl et la maxillo, la stomatologie, la chirurgie vasculaire et la gastro-entérologie.

site de l'établissement :
www.ch-bourg-en-bresse.fr

Contacter
C. GENDRY,
Directrice des Soins
dirs@ch-bourg01.fr

ou
ML PIVOT,
Directrice des Ressources Humaines
drh@ch-bourg01.fr
Tél. 04.74.45.41.39

CENTRE HOSPITALIER d'Ardèche Nord

LE CENTRE HOSPITALIER D'ANNONAY (07)

RECRUTE POUR SON SERVICE DE : BLOC OPERATOIRE

2 INFIRMIERS(ERES) ANESTHESISTES DIPLÔME(E) D'ETAT
à 100% avec possibilité de rachat de l'allocation d'étude

POSTE A POURVOIR DES A PRESENT

Présentation du bloc opératoire
5 salles de chirurgie (orthopédie, ophtalmologie, cardiologie interventionnelle, digestive, ORL, gynécologique et obstétrique, endoscopies digestives)

Activités
- Accueil et prise en charge des patients programmés au bloc opératoire (Check-list HAS)
- Bilan clinique en vue d'une anesthésie générale ou loco-régionale
- Participation à la réalisation et à la surveillance anesthésique per-opératoire en collaboration avec le médecin - anesthésiste dans le respect de la réglementation en vigueur et suivi de la qualité et de la sécurité des actes d'anesthésie (traçabilité).

Savoir-faire requis
- Adapter son comportement, sa pratique professionnelle aux situations
- Analyser et évaluer la situation clinique d'une personne
- Evaluer et traiter la douleur des patients
  Réaliser l'induction anesthésique en collaboration avec le médecin anesthésiste

Evolutions possibles du poste
- Participation aux missions du pôle
- Certification
- Formation professionnelle
- Participation au projet d'intégration de l'iade aux consultations pré-anesthésiques des patients

Pour plus de renseignements, contactez :
Mme Audy, Directeur Adjoint, Chargé des Ressources Humaines
caudy@ch-annonay.fr ou au 04.75.67.35.19

Envoyez vos CV et lettres de motivation à :
Mme Audy, Directeur Adjoint, Chargé des Ressources Humaines
Centre Hospitalier d'Annonay - B.P. 119 - 07103 ANNONAY cedex

Suisse

La Clinique de Valère Au cœur des Alpes suisses

Clinique de Valère
SION

www.cliniquevalere.ch

Recherche

- INFIRMIER(E)S ANESTHESISTES DIPLÔME(E)S D'ETAT
- INFIRMIER(E)S INSTRUMENTISTES DIPLÔME(E)S D'ETAT

Suite au fort développement de son activité chirurgicale et de l'extension de son bloc opératoire pluridisciplinaire.

Renseignements et offres écrites :
M. Pascal Cosse, Directeur des soins
Clinique de Valère, Pré-Fleuri 16, 1950 Sion, Valais, Suisse
Tél. : +41 27 327 17 41 - Email : pascal.cosse@cliniquevalere.ch

Afrique de l'Ouest

FOLHIO MEDICAL

recherche IADE

- Expérience chantier mine ou oil & gas de préférence.
- Anglais obligatoire. Portugais souhaitable.
- Rotation 28/28. Contrat offshore longue durée.
- Emplacement Afrique de l'Ouest dans clinique de jour avec medecin français.
- Logé en ville. Bord de mer.
- Permis auto indispensable.
- Salaire + de 350 euros/j.

URGENT

Si intéressé envoyer CV à : folhio@yahoo.fr

FÉDÉRATION HOSPITALIÈRE DE FRANCE

LA FHF RÉUNIT
PLUS DE
1 000 HÔPITAUX
ET
1 000 STRUCTURES MÉDICO-SOCIALES

WWW.FHF.FR >
OFFRES D'EMPLOI

PLUS DE **30 000**
OFFRES D'EMPLOI
ET PLUS DE **15 000 CV**

LA RUBRIQUE
OFFRE D'EMPLOI
PERMET AUSSI
L'ACCÈS A UN
ESPACE CANDIDAT

La Fédération hospitalière de France
est partenaire

Réseau PRO RPS Santé

Un site de
Macéo éditions

Réseau PRO RPS Santé

LE RÉSEAU SOCIAL DES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ

Communiquez avec de nombreux contacts

Gérez en toute liberté les informations de votre profil

Créez gratuitement vos propres réseaux et rejoignez un grand nombre de réseaux de la santé

Recherchez des offres de recrutement et constituez votre nouveau plan de carrière

MÉDICAPÉDIA
SANTÉ PUBLIQUE

Informez-vous grâce à la base de connaissances et participez à son enrichissement en devenant rédacteur

Partenaire officiel de la Fédération Hospitalière de France, **Réseau Pro Santé** est un réseau social dédié aux professionnels de la santé, du médical, du paramédical et de l'administratif.
Ses membres peuvent créer et adhérer à des réseaux publics et privés de tous types.

Le site propose des milliers d'offres de recrutement, d'emploi, de stage, de formation, de remplacement, de cession, en exercice libéral et humanitaires.

Réseau Pro Santé dispose également d'une base de connaissances, à travers ses rubriques Médicapédia (encyclopédie médicale) et santé publique.

Rejoignez le réseau en vous inscrivant gratuitement sur www.reseauprosante.fr