

Paris le 4/11/2015

Lettre ouverte à l'association « SAMU Urgences de France »

La profession infirmière-anesthésiste est en colère après la publication de votre « livre blanc » sur l'organisation de la médecine d'urgence en France.

À aucun moment le nom de vos plus proches collaborateurs depuis le début de la médicalisation de l'avant n'est cité dans ce document de 48 pages.

Comment comprendre et accepter que vous reconnaissiez une formation insuffisante des infirmiers en soins généraux et que vous recommandiez une formation complémentaire en pratique avancée alors que vous disposez d'infirmiers spécialisés en anesthésie, réanimation, urgences et prise en charge de la douleur, reconnus niveau master et qui possèdent une formation spécifique sur le préhospitalier ?

Il est surprenant de constater que les signataires de ce document ne sont pas que des urgentistes, mais aussi quelques professeurs agrégés en anesthésie qui ont exercé des responsabilités dans certaines écoles d'anesthésie. Ces derniers connaissent bien les capacités opérationnelles des infirmier(e)s-anesthésistes pour les avoir mis en avant dans leurs publications professionnelles.

Comment comprendre et accepter que nous ne soyons pas cités alors que les recommandations de la Société Française d'Anesthésie-Réanimation (SFAR) indiquent que « *l'Infirmier (e) anesthésiste est le collaborateur idéal du médecin dans la prise en charge des patients en état grave et de leur transport intra ou extrahospitalier* » ?

Les recommandations signées par la SFAR et la Société Française de Médecine d'Urgence (SFMU) concernant la sédation et l'analgésie indiquent que le médecin urgentiste peut être amené à réaliser une anesthésie. Qui peut pertinemment collaborer avec l'urgentiste dans ces prises en charge à haut risque et ces techniques réalisées ponctuellement alors qu'elles sont parfaitement maîtrisées par l'Infirmier(e) — anesthésiste.

Il semble important de vous rappeler que l'IADE est également le personnel dédié aux activités des services mobiles d'urgence et de réanimation par le législateur qui le priorise à l'article R4311-12 du code de la santé publique.

Comment comprendre et accepter l'exclusion des infirmier(e)s-anesthésistes de votre document dans le dispositif des secours d'urgences alors que nous vivons une situation de crise constante avec un haut risque d'attentat et que par ailleurs des membres de votre communauté publient :

Infirmiers-anesthésistes dans les situations de catastrophe C.PINEAU, D.JANNIERE (SAMU de Paris) : « *Le personnel d'anesthésie-réanimation est bien évidemment le mieux placé pour prendre en charge les polytraumatisés des situations de catastrophe. L'expérience de l'infirmier-anesthésiste au quotidien dans les services de SMUR lui permet une adaptation aisée en situation d'exception. Dans ce type de situation, le personnel médical disponible est peu nombreux au regard de la quantité des patients à soigner. Un certain nombre de gestes médicaux sont donc délégués et l'infirmier-anesthésiste se retrouve rapidement au centre du dispositif de soins, il a fait la preuve de sa compétence lors des situations d'exception que nous avons eu à gérer ces dernières années.* » ?

Concernant la « paramédicalisation » des secours :

Comment accepterions-nous d'être comparés à des secouristes formés en 70 heures contre un cursus d'un minimum de 7 à 8 ans pour les infirmier(e)s-anesthésistes et écrire dans votre référentiel de formation des infirmiers d'urgences SFMU : « *L'autonomie, la capacité d'anticipation, l'adaptation, l'improvisation contrôlée ainsi que la pleine participation au diagnostic sont l'essence des soins infirmiers en médecine d'urgence* » ?

Comment comprendre et accepter vos contradictions concernant votre positionnement sur le rôle de l'infirmier dans l'aide médicale urgente sans médecin ?

Vous écrivez : « *Il y aurait en revanche une place, en intervention primaire d'aide médicale urgente, pour l'infirmier sans médecin, en complément des dispositifs existants, dans des indications ciblées et des conditions rigoureuses de mise en œuvre conformément aux préconisations du présent document* ».

Comment comprendre et accepter que d'une part vous conseilliez vivement la présence d'un IADE dans vos recommandations sur les Transports Infirmiers Inter Hospitalier et que vous ne le citiez pas dans votre « livre blanc » ?

Comment accepter ensuite l'affirmation selon laquelle les infirmiers n'apportent pas de plus value par rapport aux secouristes ? Doit-on demander au Professeur Carli de confier ces TIH de patients intubés, sédatisés à des secouristes ?

Comment comprendre et accepter vos contradictions dans vos écrits alors que vous éditez vos propres recommandations de protocole d'urgences pour les infirmiers puis dernièrement vos recommandations concernant ceux des infirmiers sapeurs-pompiers ?

Comment voulez-vous que la profession infirmière accepte votre déni concernant la capacité pour tout infirmier de mettre en place des mesures conservatoires ou l'application de protocoles lorsqu'il est confronté à une urgence ? Cette situation est déjà envisagée par le code de santé publique dans son article 4311-14.

Il ne s'agit pas de remplacer tous les SMUR par des équipes paramédicales, mais bien d'envoyer un effecteur intermédiaire pour prendre en charge certains types de missions tout en prenant en compte la balance risque-bénéfice-coût d'une telle intervention.

Nous ne comprenons pas votre position dogmatique de refuser la mise en place d'une réponse intermédiaire entre l'ambulance de réanimation médicalisée et le secouriste.

Vous écrivez que les urgences vitales augmentent peu (moins de 10 %) alors que la demande de soins non programmés est en augmentation concernant l'envoi d'un vecteur de transport.

Plus de 60 % des interventions SMUR aboutissent à un transport non médicalisé et le mode de calcul des budgets MIGAC est proportionnel aux nombres de sorties.

Ceci amène les SAMU à augmenter le nombre de départs afin de justifier l'augmentation des budgets dans une période de difficulté budgétaire alors que vous écrivez que le nombre d'urgences vitales n'augmente pas.

Dans nos propositions de « paramédicalisation » des secours, les compétences de l'intervenant sont connues. Les expériences antérieures (ex. : Thionville) ou toujours en cours (Clinique des trois frontières, CHU de Montpellier, ...) ont démontré la capacité des IADE à prendre en charge seuls des patients.

Vous comprendrez que la profession est scandalisée ce qui explique les réactions parfois violentes sur les réseaux sociaux.

Sachez que la profession s'interroge sur les motivations qui vous poussent à un tel positionnement.

La DGOS va prochainement organiser une réunion de concertation entre les IADE et les urgentistes pour réfléchir sur le rôle actuel et potentiel des IADE en pré-hospitalier. Nous souhaitons que le débat soit dépassionné, constructif, et surtout au profit des patients et de notre système de santé.

Cordialement

Le conseil du Syndicat National des Infirmiers Anesthésistes