



PLACE DE L'INFIRMIER ANESTHÉSISTE (IADE)
EN SERVICE MOBILE
D'URGENCE ET RÉANIMATION **PERSPECTIVES**

D'AVENIR



SOMMAIRE

1. INTRODUCTION	4
2. ÉTAT DES LIEUX ET PROFIL DES PERSONNELS PARAMÉDICAUX	4
La médicalisation pré-hospitalière	
Les infirmiers (ières) diplômés d'Etat en soins généraux (IDE)	
Les infirmiers anesthésistes diplômés d'Etat (IADE)	
3. QUE DISENT LES TEXTES ?	5
Décret n°2006-577 du 22 mai 2006	
Décret n°2006-576 du 22 mai 2006	
Décret d'exercice professionnel - Code de la santé publique	
4. QUE DISENT LES RAPPORTS ET LES RECOMMANDATIONS ?	6
Rapport du Professeur Barrier - 1994	
Recommandations de la Société Française d'Anesthésie - Réanimation concernant le rôle de l'infirmier anesthésiste - janvier 1995	
Congrès national d'anesthésie et de réanimation de la SFAR - 2005	
Recommandations du Syndicat National des Infirmiers Anesthésistes - 2007	
Le référentiel de compétence de l'infirmier(ère) en médecine d'urgence de la Société Française de Médecine d'Urgence (SFMU) - 2008	
Recommandation de la SFMU et de la SFAR concernant la sédation et l'analgésie en pré-hospitalier et aux urgences - 2010	
Recommandation SFAR - SFMU	
5. PROGRAMME DE FORMATION IADE SPÉCIFIQUE À L'URGENCE	7
Arrêté du 30 août 1988	
Arrêté du 17 janvier 2002	
Le programme de formation au grade master	
6. QUE DISENT LES MÉDECINS ANESTHÉSISTES ?	10
Syndicat National des Praticiens Hospitaliers Anesthésistes Réanimateurs Elargi (SNPHAR)	
Société Française d'Anesthésie - Réanimation (SFAR)	
7. QUE DISENT LES MÉDECINS URGENTISTES ?	11
8. EXPERTISE RÉCLAMÉE EN FIN DE FORMATION	11
9. MISSIONS HUMANITAIRES OU DE CATASTROPHE	11
10. INTÉRÊT POUR LES ÉTABLISSEMENTS	12
11. CONFLITS DE COMPÉTENCES OU D'ATTRIBUTIONS	12
Actes techniques réalisables	
Conflit de compétences	
12. LA PARA-MÉDICALISATION	13
Que dit « SAMU de France » ?	
Position de l'Académie de médecine	
Etude étrangère	
Expériences de para-médicalisation	
Médicalisation des parcs de loisirs	
Médicalisation événementielle	
Para médicalisation des infirmiers sapeurs pompiers	
13. PLACE DE L'IADE DANS LA PARA-MÉDICALISATION	15
L'analyse de la situation et la capacité à évaluer le risque	
Capacité d'intervention	
14. PROPOSITIONS	16
15. LA DÉMOGRAPHIE ANESTHÉSISTE	17
16. CONCLUSION	17

PRÉFACE

Depuis quelques temps maintenant, nous pouvons constater que de plus en plus d'établissements de santé cherchent absolument à faire des économies.

Celles-ci se réalisent parfois au détriment de la qualité du service rendu aux patients.

Sachant que la très grosse part du budget d'un établissement de soins est représentée par les frais inhérents au personnel, il est tentant, pour certaines directions, de modifier cette enveloppe dépenses pour y faire le maximum d'économies avec un minimum de contraintes dans l'organisation des services.

C'est ainsi que, de plus en plus souvent, des infirmiers anesthésistes se voient exclus des SMUR et remplacés par des infirmiers en soins généraux uniquement pour des raisons budgétaires.

Des postes IADE disparaissent ainsi peu à peu pour la plus grande satisfaction économique des administratifs.

C'est l'article R.4311-12 du code de la santé publique qui définit le champ d'activité de l'infirmier anesthésiste et cet article prévoit son activité dans les transports sanitaires.

Ces transports sont ceux mentionnés dans l'article R.4311-10 et sont, en fait, les transports sanitaires urgents entre établissements de soins et ceux entre le lieu de détresse et un établissement de santé, ceci dans le cadre d'un service mobile d'urgence et de réanimation.

L'article de loi concernant les IADE stipule notamment que :

« *Les transports sanitaires mentionnés à l'article R. 4311-10 sont réalisés en priorité par l'infirmier ou l'infirmière anesthésiste diplômé d'Etat.* ».

Notez bien que le législateur a délibérément choisi les mots « en priorité ».

Il recommande, par ces mots, de prioriser l'affectation d'infirmiers anesthésistes.

S'il avait considéré qu'il n'y avait aucune différence, dans ce domaine, entre l'infirmier en soins généraux et l'infirmier anesthésiste, il n'aurait même pas repris le thème des transports dans le chapitre dédié à l'IADE.

Nous pouvons donc légitimement penser que puisqu'il précise que les transports SMUR doivent être réalisés en priorité par des IADE, c'est bien que le législateur lui-même considère que l'IADE apporte une plus-value à la qualité et la sécurité de la prise en charge d'un patient en SMUR.

Bruno HUET, infirmier anesthésiste de profession et vice-président du SNIA, a longtemps travaillé en extrahospitalier et a acquis une grande expérience dans ce domaine.

Après de nombreuses recherches et recueils d'informations, il a pu finaliser son document sur la place de l'infirmier anesthésiste en SMUR.

Il fait le constat que l'IADE a et doit tenir une place privilégiée dans le domaine des transports sanitaires.

Il fait le constat que la paramédicalisation par des IADE des transports sanitaires et de l'activité extrahospitalière en générale garantit un niveau élevé de qualité et de sécurité de la prise en charge du patient et ce, à un coût moindre qu'un transport d'emblée médicalisé.

De nombreux exemples avancés dans ce document vont en ce sens.

Le SNIA défend depuis longtemps et même revendique la place privilégiée que l'IADE doit tenir en services d'urgence et réanimation extra-muros.

Le SNIA attend toujours d'être invité à en discuter avec les représentants du ministère.

Les économies les plus pertinentes ne sont pas toujours celles qui sont les plus faciles à obtenir.

Il y a des domaines où l'aspect financier ne doit pas être le seul moteur.

Ne pouvons-nous pas penser d'abord aux usagers des services de soins ?

L'IADE a sa place en SMUR.

Le législateur, nous l'avons vu, le pense à priori et les exemples concrets du document de B. Huet le démontrent.

Jean-Marc SERRAT
Président du SNIA

Paris, le 17 novembre 2014

1. INTRODUCTION

L'objectif de cette présentation est de démontrer la place de l'infirmier anesthésiste diplômé d'État dans le champ de l'activité pré-hospitalière et d'envisager son évolution.

2. ÉTAT DES LIEUX ET PROFIL DES PERSONNELS PARAMÉDICAUX

LA MÉDICALISATION PRÉ-HOSPITALIÈRE

La médicalisation pré-hospitalière correspond à différents types de mission :

- ▶ Les transports SMUR primaire et secondaire.
- ▶ La médicalisation sur les lieux de catastrophe.
- ▶ L'aide humanitaire en situation de catastrophe (Pakistan, Haïti).
- ▶ La paramédicalisation des transports secondaires (TIH).
- ▶ La paramédicalisation des primaires par les infirmiers SAMU (Toulon, Clinique des trois vallées, Thionville) et de sapeurs-pompiers.
- ▶ La médicalisation événementielle (sportif, culturel, etc.).

Les paramédicaux sont des infirmiers ou infirmiers anesthésistes.

LES INFIRMIERS (ÈRES) DIPLÔMÉS D'ÉTAT EN SOINS GÉNÉRAUX (IDE)

Le programme de formation des infirmiers (ères) est un enseignement vaste qui donne à ce personnel des connaissances générales sur l'anatomie et la physiologie de l'être humain, sur l'hygiène quotidienne et hospitalière, sur l'ensemble des pathologies urgentes et non urgentes possibles chez l'adulte, l'enfant et le sujet âgé. Ce volumineux programme dispensé en trois ans permet une connaissance généraliste de l'ensemble des soins infirmiers mais non spécifique à l'urgence.

Pour les infirmiers de soins généraux, il serait nécessaire de définir quel profil doit être retenu pour travailler dans un SMUR, d'identifier les capacités d'analyse, de synthèse et d'autonomie. Même si un certain nombre d'IDE possèdent une expertise, celle-ci n'est pas linéaire et ne se retrouve pas chez la majorité des IDE.

Les IDE n'ont pas, au terme *des articles R.4311-1 à R.4311-10 du CSP*, le droit d'injecter des médicaments pouvant être assimilés à des anesthésiques. *L'article R.4311-14* fait obligation de mobiliser les connaissances pour réaliser des actes conservatoires mais n'est pas licence pour une pratique non reconnue d'injection de médicaments aux IDE dans le reste du texte.

LES INFIRMIERS ANESTHÉSISTES DIPLÔMÉS D'ÉTAT (IADE)

La majorité des IADE est issue des services de réanimation, des urgences/SMUR et des salles de surveillance post-interventionnelle (SSPI). L'âge moyen d'obtention de ses différents diplômes est de 23 ans pour le diplôme d'État d'infirmier (IDE) et de 30,5 ans pour le diplôme d'État d'infirmier anesthésiste (IADE).

Pendant ces années d'exercice infirmier, les futurs IADE ont capitalisé des connaissances spécifiques. Ce patrimoine est mis à profit durant leur formation et dans leur fonction d'IADE.

L'apport des connaissances liées à sa formation et son expérience au bloc opératoire lui permet de mettre en œuvre des gestes techniques et d'analyser avec pertinence :

- ▶ Le contrôle des voies aériennes : intubation ou tout autre dispositif supra-glottique.
- ▶ L'interprétation des éléments de surveillance cardiaque et hémodynamique.
- ▶ La surveillance et l'adaptation du respirateur au patient.
- ▶ La transmission, dans le cadre du protocole « douleur thoracique », de tous les éléments cliniques et électrocardioscopiques de la situation.
- ▶ La sédation.

Les infirmiers anesthésistes ont, de par leur formation, une habitude de la pharmacologie de ces médicaments. Ils les utilisent quotidiennement au bloc opératoire. Ainsi, le protocole « Propofol » préconisé par la SFAR en cas de cardioversion suppose une bonne maîtrise de l'emploi de ce produit d'autant plus quand ceci est utilisé en ambulance. Il en est

de même concernant les sédations dont certaines sont assimilables à des anesthésies générales. Les IADE connaissent les risques liés à l'administration de ces médicaments et les moyens de palier toutes les complications qu'ils peuvent induire. Ils ont toute compétence pour assurer l'entretien de la sédation en fonction des objectifs spécifiques liés à la pathologie.

La formation d'IADE comprend un stage en SAMU-SMUR et une séquence de formation théorique sur la prise en charge des urgences rencontrées dans le cadre du pré-hospitalier, reprenant les dernières recommandations scientifiques des sociétés savantes.

Le stage et la séquence doivent être validés pour présenter les épreuves du diplôme d'Etat d'IADE. Ceci constitue une vraie plus-value en termes qualitatif et de sécurité pour les patients. Les urgences sont une composante de la profession d'IADE.

L'IADE, dans sa pratique quotidienne, contrôle les réponses physiologiques, interprète et utilise les données obtenues par tous les systèmes de surveillance invasifs ou non. Il opère les corrections pour maintenir ou améliorer l'état physiologique du patient. Il procède à l'entretien de l'anesthésie en évaluant les besoins pharmacologiques. Même si son activité au bloc opératoire est supervisée par le médecin anesthésiste, l'IADE se voit confié les tâches qui vont de l'induction au réveil complet du patient.

Cette activité encadrée mais solitaire est transposable à l'activité pré-hospitalière, donne à l'IADE une expérience utilisable et permet d'obtenir la synergie des compétences au sein des membres de l'équipe.

Les réunions en 2011 traitant du nouveau référentiel de formation en vue de la masterisation avec le Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche ont réaffirmé les connaissances de l'IADE dans le pré-hospitalier. Sur proposition du SNIA, il avait été retenu de rajouter, dans le cadre du pré-hospitalier, la réalisation par l'infirmier anesthésiste d'un bilan d'une victime sur le plan circonstanciel, fonctionnel et lésionnel et de pratiquer l'anesthésie sous la responsabilité médicale d'un médecin non-spécialiste en anesthésie.

Le programme de formation IADE inclut le raisonnement clinique en anesthésie réanimation. L'objectif de cet enseignement est de permettre d'analyser une situation clinique et de mettre en œuvre une prise en charge adaptée en anesthésie réanimation et urgence.

L'objectif est d'utiliser les modes de raisonnement adaptés à l'évaluation des situations en anesthésie, réanimation ou urgences et d'appliquer une démarche réflexive permettant une prise de décision argumentée. Par ailleurs, l'unité d'enseignement 4 reprend les situations d'urgence, les complications de détresses et les urgences intra et extra hospitalières. Le stage en SMUR reste un stage obligatoire.

3. QUE DISENT LES TEXTES ?

DÉCRET N°2006-577 DU 22 MAI 2006

Relatif aux conditions techniques de fonctionnement applicables aux structures de médecine d'urgence, **impose** maintenant la présence systématique d'un infirmier dans l'équipage d'un SMUR.

DÉCRET N°2006-576 DU 22 MAI 2006

Relatif à la médecine d'urgence, **autorise** le transport secondaire (inter-hôpitaux) avec un infirmier sans médecin, ce qui n'était réglementairement pas possible auparavant, mais se pratiquait tout de même.

DÉCRET D'EXERCICE PROFESSIONNEL – CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

Article R.4311-12 : Les transports sanitaires mentionnés à l'article R.4311-10 **sont réalisés en priorité par l'infirmier ou l'infirmière anesthésiste diplômé d'Etat.**

Ces textes reconnaissent la présence effective d'un infirmier. La présence de l'IADE n'est que recommandée car les effectifs IADE sont encore peu nombreux pour assurer ses missions.

CES TEXTES RECONNAISSENT LA PRÉSENCE EFFECTIVE D'UN INFIRMIER.

LA PRÉSENCE DE L'IADE EST RECOMMANDÉE AUTANT DANS LE DÉCRET D'ACTE QUE DANS LES RECOMMANDATIONS DE LA SFAR.

4. QUE DISENT LES RAPPORTS ET LES RECOMMANDATIONS ?

RAPPORT DU PROFESSEUR BARRIER - 1994

Rapport sur la prise en charge pré-hospitalière des urgences, Geneviève Barrier, 1994

« Les infirmiers anesthésistes diplômés d'État sont le personnel idéal pour le bon fonctionnement d'un SMUR ; ils sont formés aux techniques de sauvetage et d'anesthésie ».

Pendant les transports primaires, ils participent à l'installation, au recueil des données cliniques, des paramètres vitaux et des données paracliniques. Ils participent à la mise en œuvre des traitements ; de l'abord veineux, trachéal, gastrique ; à la gestion de la ventilation, du remplissage, des médicaments vaso-actifs, de l'analgésie et de la sédation. Ils gèrent le matériel de surveillance et exercent une surveillance continue clinique et paraclinique.

Pour les transports secondaires, l'IADE vérifie et adapte le matériel aux besoins du patient. Il installe le patient de façon compatible avec sa pathologie et son confort. Il vérifie, identifie et sécurise les abords veineux, l'abord trachéal, les drains... Il participe à la continuité des soins et prévient leur rupture en s'assurant de garder une marge de sécurité en cas d'aggravation.

Il peut être amené à participer à l'organisation et/ou à la réalisation de missions particulières comme la couverture des grands rassemblements, la prise en charge des événements impliquant de nombreuses victimes, les rapatriements isolés ou collectifs, la médecine humanitaire...

A celle-ci, on peut rajouter la possibilité offerte aux médecins d'avoir à disposition un deuxième opérateur lors des intubations difficiles mais aussi l'aide et la surveillance lors de la réalisation des blocs périphériques, la reconnaissance et la conduite à tenir lors de certaines complications liées à toutes ces techniques et la parfaite maîtrise pharmacologique des drogues (morphiniques/sédatifs/narcotiques) utilisées dans le cadre du SMUR (indications/contre-indications/posologie/effets synergiques, etc.).

La formation très complète de l'infirmier anesthésiste lui permet d'être immédiatement opérationnel dans les unités mobiles hospitalières. Par sa polyvalence, ses compétences et sa formation reconnues par tous les acteurs de santé, l'infirmier anesthésiste est le plus apte à remplir toutes ces missions dans le cadre des SMUR.

RECOMMANDATIONS DE LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'ANESTHÉSIE - RÉANIMATION CONCERNANT LE RÔLE DE L'INFIRMIER ANESTHÉSISTE - JANVIER 1995

LA COMPÉTENCE DE L'IADE

La compétence des infirmiers anesthésistes est définie par des textes réglementaires. Elle procède de son statut d'infirmier diplômé d'État, de l'application des connaissances acquises au cours des formations initiale et continue et de l'expérience résultant de l'exercice professionnel.

L'infirmier anesthésiste dispose de compétences dans le domaine de l'anesthésie réanimation qui lui permettent :

- ▶ De participer à la qualité de l'environnement de l'anesthésie.
- ▶ De mettre en œuvre le protocole d'anesthésie établi par le médecin anesthésiste réanimateur.
- ▶ D'assurer l'entretien de l'anesthésie et la surveillance du patient.
- ▶ De déceler les complications et d'agir de manière adaptée.

Il en est de même pour la prise en charge dans le cadre du SMUR avec le médecin urgentiste.

Il peut participer à la prise en charge de tout patient en situation de détresse et particulièrement dans le cadre de l'urgence extrahospitalière et lors des transports médicalisés.

Il a, du fait de ses connaissances, les compétences pour participer à contribuer à la formation des soignants de sa spécialité et autres.

CONGRÈS NATIONAL D'ANESTHÉSIE ET DE RÉANIMATION DE LA SFAR - 2005

1. Place de l'infirmier (ère) anesthésiste au SMUR - C. Pouenat, B. Mantz, C. Télion, P. Carli (Paris).
2. Bénéfices de la formation d'infirmier anesthésiste diplômé d'État dans la prise en charge de l'urgence - J. Gaudillière, Directeur de l'école d'infirmier anesthésiste (Nice).

Ces deux interventions ont mis en évidence la place privilégiée et le bénéfice des IADE dans le pré-hospitalier.

RECOMMANDATIONS DU SYNDICAT NATIONAL DES INFIRMIERS ANESTHÉSISTES - 2007

« L'IADE, du fait de sa formation théorique et pratique, acquiert les connaissances et la maîtrise des gestes d'urgence et de survie. Il reste un protagoniste important dans l'équipe du SMUR. ».

LE RÉFÉRENTIEL DE COMPÉTENCE DE L'INFIRMIER(ÈRE) EN MÉDECINE D'URGENCE DE LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE MÉDECINE D'URGENCE (SFMU) - 2008

Elles concernent la formation complémentaire des IDE urgentistes et correspondent à une formation au minimum d'une année à temps complet. Les contraintes budgétaires et le turnover des équipes risquent de mettre à mal ce projet voire de l'annuler.

Pour autant, il existe des alternatives comme Pré Hospital Trauma Life Support (PHTLS), programme intensif de formation continue de secours pré-hospitaliers aux traumatisés.

Le bilan des expériences de véhicule SAMU paramédicalisé avec des IDE (Toulon, Saint Louis) a démontré que, malgré les formations initiales complémentaires, les IDE étaient limités dans leur exercice professionnel à la différence de l'expérience de Thionville Armée réalisée avec des IADE.

RECOMMANDATION DE LA SFMU ET DE LA SFAR CONCERNANT LA SÉDATION ET L'ANALGÉSIE EN PRÉ-HOSPITALIER ET AUX URGENCES - 2010

A la fin, dans le registre des prérequis et formations, on constate que la SFAR et le SFMU ont admis que, dans des circonstances particulières, l'urgentiste pouvait être amené à anesthésier un patient.

« Les seules circonstances où l'urgentiste pourrait être amené à réaliser une anesthésie pour un praticien tiers sont des circonstances exceptionnelles (incarcération, isolement, catastrophe) dans lesquelles un anesthésiste-réanimateur n'est pas disponible et où la pratique de l'anesthésie est par ailleurs immédiatement et impérativement nécessaire. ».

« La maîtrise d'un certain nombre de techniques d'anesthésie réanimation est essentielle. ».

« Le médecin urgentiste qui les utilise a reçu une formation appropriée à leur utilisation, régulièrement entretenue. ».

Il n'est pas besoin de démontrer la plus-value d'un IADE au côté du médecin urgentiste lors de ses prises en charge à haut risque.

Qui peut assister avec pertinence l'urgentiste dans ces techniques réalisées ponctuellement alors qu'elles sont parfaitement maîtrisées par l'IADE ?

De par sa formation, l'IADE est le collaborateur idéal pour assurer avec le médecin urgentiste les soins d'urgences, l'anesthésie et la sédation du patient en extra-hospitalier.

Le couple médecin urgentiste et IADE, grâce à sa synergie, permet d'augmenter la sécurité de la prise en charge.

RECOMMANDATION SFAR - SFMU

L'IADE ET LES SERVICES D'URGENCES (SERVICE MOBILE D'URGENCE ET DE RÉANIMATION, SERVICE D'ACCUEIL DES URGENCES)

Du fait de sa connaissance et de sa pratique des gestes d'urgence ou de survie (intubation, cathétérisme veineux périphérique, maniement des appareils de ventilation et de surveillance...), **l'IADE est le collaborateur idéal du médecin dans la prise en charge des patients en état grave et de leur transport intra ou extrahospitalier.** En revanche, la présence d'un IADE ne dispense en aucune manière de celle d'un médecin, en particulier d'un médecin anesthésiste-réanimateur si une anesthésie est nécessaire.

Le dernier point devra évoluer en fonction des recommandations 2010 sur la sédation cosignée par la SFAR et la SFMU.

La SFAR n'a pas souhaité demander l'exclusivité d'exercice, aussi bien pour le SMUR que pour le personnel des salles de réveil au regard de la démographie des IADE.

La pratique professionnelle des IADE correspond à une pratique avancée reconnue par les ministères et la communauté médicale.

La plus-value de l'IADE dans le transport des patients graves a été démontrée et argumentée par la communauté médicale dans de nombreux articles.

5. PROGRAMME DE FORMATION IADE SPÉCIFIQUE À L'URGENCE

La formation initiale des infirmiers anesthésistes est assurée dans des écoles spécialisées agréées, suivant des modalités définies par des arrêtés de formation.

ARRÊTÉ DU 30 AOÛT 1988

Déjà, ce programme de formation renforçait les connaissances concernant les prises en charge des urgences extrahospitalière. Elle a pour objectif l'acquisition des connaissances théoriques et cliniques nécessaires à la pratique infirmière au cours des différentes anesthésies générales et locorégionales, à la surveillance des malades au décours d'une intervention, à la réalisation des soins de réanimation, et **au transport des malades graves.**

Leur activité, distincte d'une simple fonction de soins, doit être orientée vers l'apprentissage des gestes, des comportements et des techniques utilisées en anesthésie réanimation.

ARRÊTÉ DU 17 JANVIER 2002

Reprenant les objectifs de la 2^{ème} année de formation, l'élève sera capable de :

- ▶ Participer à la prise en charge d'un patient quels que soient la technique anesthésique, le terrain, le degré d'urgence et la spécialité.
- ▶ Effectuer les soins spécifiques de réanimation aux malades atteints de pathologies graves.
- ▶ **Maîtriser les outils de gestion et d'organisation des soins en collaboration avec l'équipe soignante dans le cadre de la réanimation et des soins d'urgence.**
- ▶ **Participer, dans le cadre des urgences, à la prise en charge pré-hospitalière de tout patient présentant une détresse ou un traumatisme et effectuer la surveillance et les soins de ces patients au cours du transport.**
- ▶ **Participer à l'accueil hospitalier des urgences.**

Les contenus de formation distinguent un paragraphe : « **LES URGENCES** » :

CONTENU THÉORIQUE

- ▶ **Organisation de l'aide médicale d'urgence.**
- ▶ **Etats de détresse : bilan, prise en charge pré-hospitalière, transport et accueil hospitalier.**
- ▶ **Traumatismes : bilan, prise en charge pré-hospitalière, transport et accueil hospitalier.**
- ▶ **Pathologies non chirurgicales et les urgences médicales.**
- ▶ **Anesthésie dans le cadre de l'urgence.**

ENSEIGNEMENTS DIRIGÉS ET PRATIQUÉS

- ▶ **Organisation d'un service d'aide médicale d'urgence.**
- ▶ **Organisation face à une situation de crise.**
- ▶ **Participation aux plans d'urgence.**
- ▶ **Recueil, organisation, exploitation et transmission de l'information.**
- ▶ **Techniques et matériels de soins et de surveillance en situation extraordinaire.**
- ▶ **Stratégie d'accueil.**
- ▶ **Soins relationnels aux urgences.**

LE PROGRAMME DE FORMATION AU GRADE MASTER

Répartis en Unités d'Enseignement (UE), les enseignements concernant les urgences se situent dans :

L'UE INTEGRATION DES SAVOIRS

- ▶ **Processus organisationnel, raisonnement clinique en anesthésie réanimation**

Objectifs :

- Permettre d'analyser une situation clinique et mettre en œuvre une prise en charge adaptée en anesthésie réanimation et urgence.
- Utiliser les modes de raisonnement adaptés à l'évaluation des situations en anesthésie réanimation ou urgences.
- Appliquer une démarche réflexive permettant une prise de décision argumentée.

Eléments de Contenu :

- La démarche du raisonnement clinique.
- Méthode de lecture discriminante d'un dossier d'anesthésie.
- Analyse de problématique et méthode de résolution de problème en situation simple ou dégradée d'anesthésie, **d'urgence** ou de réanimation.

L'UE SCIENCES PHYSIQUE, BIOLOGIQUES ET MEDICALES

- ▶ **Pharmacologie générale**

En particulier : la prescription limitée pour les infirmiers anesthésistes dans le cadre des pratiques avancées.

- ▶ **Pharmacologie spécifique à l'anesthésie réanimation et l'urgence**

Objectifs :

- Maîtriser l'ensemble des données pharmacologiques nécessaires à l'exercice clinique de l'anesthésie réanimation.

Éléments de contenu

Pour chaque médicament, il sera retrouvé la présentation, la forme, la composition, les propriétés physicochimiques, la posologie, les modes d'administration, les mécanismes d'action, la pharmacocinétique, la pharmacodynamique, les indications, les contre-indications, les interactions médicamenteuses et les effets secondaires.

Sont ainsi détaillés les médicaments de l'anesthésie et de la prise en charge de la douleur, les médicaments de la réanimation et de l'urgence, les solutés utilisés en anesthésie et en réanimation, les produits de substitution du sang et les produits sanguins labiles et leurs dérivés.

L'UE EXERCICE DU METIER D'INFIRMIER ANESTHESISTE DANS DES DOMAINES SPECIFIQUES

► **Pathologie et grands syndromes**

Objectif général : Connaître les impératifs de prise en charge des patients en réanimation, urgence et pré-hospitalier.

Objectifs spécifiques : Connaître :

- Les principales défaillances et leur surveillance en situation d'urgence, de réanimation et en pré-hospitalier.
- Les spécificités de l'anesthésie et de sa surveillance dans le contexte de l'urgence, de la réanimation et du pré-hospitalier.

Éléments de contenu :

- L'urgence : définition, identification, types, niveaux, risques, décisions y compris l'urgence extra hospitalière.
- Les grandes défaillances en situation d'urgence :
 - Cardiovasculaires (troubles du rythme, arrêt circulatoire, syndrome coronarien aigu, crise hypertensive...).
 - Respiratoires (décompensation broncho-pneumopathie obstructive, asthme, syndrome de détresses respiratoires aiguës...).
 - Traumatiques (polytraumatisés, crush syndrome, blast, thoraciques, abdominaux, membres, rachis, crâniens...).
 - Neurologiques (accident vasculaire cérébral, crises convulsives, comas non traumatiques...).
- Les grands brûlés.
- Les urgences pédiatriques.
- Les urgences obstétricales, l'accouchement inopiné.
- Les urgences infectieuses.
- Transfusion massive.
- Prise en charge en réanimation, au bloc opératoire d'un sujet en vue d'un prélèvement d'organes.

► **Techniques et organisation des soins**

Objectifs généraux :

- Identifier les situations d'urgence et de réanimation.
- Expliciter les conduites à tenir en situation d'urgence et de réanimation.

Objectifs spécifiques :

- Identifier et définir les principales situations d'urgence.
- Identifier et définir les principales situations de réanimation.
- Détailler et argumenter la prise en charge et les techniques.
- Hiérarchiser et argumenter les actions à mettre en œuvre.
- Décrire une organisation efficace en situation d'urgence extra hospitalière et en situation de catastrophe.
- Mettre en œuvre des soins d'urgence dans un environnement hospitalier et dans un environnement extra hospitalier.
- Décrire le rôle de l'IADE dans la prise en charge et le transfert des patients.
- Connaître les différents plans de secours et identifier le rôle de l'IADE dans ces différents plans.

Eléments de contenu :

- Les techniques de suppléances :
 - Les techniques respiratoires : ventilation de longue durée, techniques de sevrage ventilatoire, trachéotomie et les techniques de sauvetage...
 - Techniques d'assistance cardio-circulatoire.
 - Techniques d'épuration extrarénales.
 - Techniques d'épuration extra-hépatiques.
 - Alimentation entérale et parentérale.
- L'aide médicale urgente : Prise en charge et techniques dans tous les types d'urgence et leur mode de transport :
 - Les plans de secours.
 - Anesthésie réanimation en situations particulières : pré-hospitalier, médecine de catastrophe, humanitaire, secours en mer, secours en montagne.
 - Réalisation d'un bilan fonctionnel et lésionnel d'une victime dans le cadre pré-hospitalier.
 - Anesthésie sous la responsabilité d'un médecin non spécialiste en anesthésie dans le cadre préhospitalier.
 - Prise en charge de l'arrêt cardio-circulatoire et respiratoire.
 - Electrocutation, électrisation, noyade, pendaison.
 - Hypothermie accidentelle, les gelures.
 - Intoxications médicamenteuses, au CO, aux produits chimiques.
 - Risques nucléaires, radiologiques, biologiques et chimiques.
 - Urgences psychiatriques.
 - Oxygénothérapie hyperbare.
- Les transports :
 - Transport primaire ou secondaire d'une victime selon le mode de locomotion.
 - Transport pédiatrique.
 - Techniques d'immobilisation de blessés et relevage.

6. QUE DISENT LES MÉDECINS ANESTHÉSISTES ?

SYNDICAT NATIONAL DES PRATICIENS HOSPITALIERS ANESTHÉSISTES RÉANIMATEURS ELARGI (S.N.P.H.A.R.)

Les IADE sont de fait quotidiennement et depuis la création de leur métier en pratiques avancées.

Les médecins anesthésistes réanimateurs et les IADE travaillent en **exclusivité collaborative et réciproque**, pour une prise en charge globale et sécuritaire des patients.

Le champ de compétences des IADE a été précisé et élargi afin de permettre aux IADE de s'engager dans le processus de masterisation.

Des pratiques avancées nouvelles ont été ciblées en pré, per, et post-opératoire, qui permettront un gain de qualité pour la prise en charge des patients, selon les protocoles établis dans chaque établissement.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'ANESTHÉSIE - RÉANIMATION (S.F.A.R.)

Il est clair qu'après 3 années de formation d'IDE, le contenu théorique et pratique de leurs deux années supplémentaires d'études justifie pleinement qu'un niveau master leur soit reconnu. La SFAR, participant à cet enseignement au travers des directeurs scientifiques des écoles d'IADE, peut témoigner que celui-ci a d'ores et déjà atteint le niveau master.

Le haut niveau de qualification des IADE a sans nul doute participé à la réduction importante de la morbi-mortalité observée en anesthésie.

De facto, cette observation s'applique à la prise en charge des urgences pré-hospitalières.

7. QUE DISENT LES MÉDECINS URGENTISTES ?

RÉFÉRENTIEL DE FORMATION DES INFIRMIERS D'URGENCES SFMU - JUIN 2008

« 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'Urgences.

Tous ces éléments contribuent à rendre cette discipline passionnante.

Ces soins nous placent, sans contexte, dans une autre dimension de la responsabilité. Chacun sait qu'au quotidien, la législation est outrepassée.

La situation actuelle ouvre des perspectives d'avenir pour une spécialité. Cependant, ce n'est pas dans l'exécution d'actes illégaux que l'infirmier trouvera reconnaissance et satisfaction mais bien dans une réflexion sur l'évolution des pratiques qui ne peut se concevoir que par la mise en place d'une formation uniforme et structurée, une évaluation et un cadre légal ».

Tous ces critères se retrouvent dans la spécialité d'infirmier en anesthésie.

8. EXPERTISE RÉCLAMÉE EN FIN DE FORMATION

NIVEAU DE COMPÉTENCES REQUISES EN FIN DE FORMATION

On peut définir le niveau d'expertise demandé par nos directeurs scientifiques professeurs agrégés d'anesthésie par la nature des questions posées en fin de formation.

Ces trois exemples démontrent le niveau que l'on est en droit d'exiger d'un IADE en fin de formation.

2011 DIJON : Le proche d'un patient dans le service des urgences s'écroule devant vous. Le bilan initial que vous réalisez, le montre inconscient, sans signe de respiration. Quelles sont vos actions avant l'arrivée du chariot d'urgence et en présence du matériel spécifique pour gérer cette urgence ?

2009 TOULOUSE : L'exemple donné demande à l'IADE de prendre en charge deux patients ayant été blessés suite à un effondrement en leur précisant qu'il dirige leur sauvetage et les premiers soins.

Hypothèse diagnostique, mécanisme physiopathologique, complications qu'il faut craindre, etc.

2009 DIJON : Citez les principes et expliquez les réglages d'un respirateur pour un insuffisant respiratoire chronique en anesthésie.

Signes cliniques et paracliniques d'une embolie pulmonaire sous cœlioscopie.

Diagnostique évoqué devant un tableau clinique en anesthésie et conduite immédiate.

9. MISSIONS HUMANITAIRES OU DE CATASTROPHE

Infirmiers anesthésistes dans les situations de catastrophe, revue des SAMU 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 de 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. L'infirmier anesthésiste est un soignant : il va pouvoir apporter sur le terrain sa compétence technique.

De par sa formation, son habitude de la gestion au bloc opératoire et au SMUR, il sera un collaborateur incontournable dans la préparation et la mise en place de la logistique médicale des événements catastrophiques.

Les deux dernières missions humanitaires (Pakistan, Haïti) ont démontré la plus-value des IADE dans la prise en charge des patients nécessitant des actes de chirurgie et donc d'anesthésie réalisés par les IADE sous la supervision médicale d'urgentiste.

A noter qu'aucun conflit de compétences n'a été signalé lors de ses deux missions et qu'aucune complication anesthésique n'a été relevée lors de la présence d'IADE dans les équipes.

Lors des réunions de débriefing au Ministère de la Santé, il a été relevé l'intérêt d'inclure des IADE dans les demandes d'effectif de paramédicaux.

10. INTÉRÊT POUR LES ÉTABLISSEMENTS

L'acquisition des pratiques de SMUR et l'appréhension du pré-hospitalier avec toutes ses caractéristiques permettront à l'IADE de mieux anticiper les interventions chirurgicales via les urgences ou le SMUR car il est imprégné des particularités du pré-hospitalier. Inversement, ses connaissances pharmacologiques, physiologiques, sa gestion du matériel et son sens de l'anticipation seront autant d'atouts en pré-hospitalier.

L'affectation des IADE au SMUR permet au personnel d'étendre son domaine de pratiques, élargir son champ de connaissances et développer de nouvelles compétences.

En allant puiser d'autres sources de connaissances au contact d'un panel de professionnels plus large, l'IADE augmente le champ du savoir, du savoir-faire, développe ses acquis et attise sa curiosité intellectuelle sur l'évolution de l'ensemble de la profession et pas seulement sur un domaine précis.

La compétence relève de l'actualisation permanente des connaissances. La pratique régulière permet l'adaptation des connaissances, le maintien et l'élargissement des compétences. L'affectation des IADE au niveau des SMUR est un facteur attractif supplémentaire qui permet d'améliorer le recrutement dans les établissements.

L'intérêt réside dans l'augmentation de la qualité de la prise en charge des urgences extrahospitalière.

11. CONFLITS DE COMPÉTENCES OU D'ATTRIBUTIONS

ACTES TECHNIQUES RÉALISABLES

Certains opposent le décret d'exercice qui précise que nous ne pouvons travailler uniquement que sous la responsabilité d'un médecin anesthésiste réanimateur (MAR). Cette affirmation est une interprétation des textes réglementaires qui indiquent que nous travaillons uniquement sous la responsabilité d'un MAR.

En effet, cette interprétation ne repose que sur le fait qu'un IADE n'est autorisé à appliquer les techniques d'anesthésie que sous la responsabilité d'un MAR.

Cette précision avait pour objectif d'empêcher toute dérive permettant à des IADE d'endormir sous la responsabilité de médecins non-anesthésistes surtout après la demande des gastro-entérologues.

La SFAR, dans ses recommandations, précise que la compétence de l'IADE procède de l'application des connaissances acquises au cours des formations initiale et continue, et de l'expérience résultant de l'exercice professionnel.

Face à une urgence extrême et vitale, l'IADE est tenu de mettre en œuvre, sans attendre, les gestes d'urgence et de survie relevant de sa compétence.

Le rôle de l'IADE correspond au décret d'exercice qui lui est spécifique et qui doit être interprété par rapport au référentiel de formation qui décline toute la fonction IADE en anesthésie, en SMUR ou en réanimation.

La SFAR considère, dans ses recommandations, que l'IADE est le collaborateur idéal du médecin pour la prise en charge et le transport de patients dans un état grave.

L'enseignement permet l'acquisition de connaissances théoriques et pratiques qui préparent l'IADE à la prise en charge de l'urgence.

Les recommandations de la SFAR concernant le rôle de l'IADE devront être mises en adéquation avec celles publiées en 2010 avec la SFMU concernant la sédation par les urgentistes (Celles-ci précisent que les urgentistes sont autorisés à pratiquer exceptionnellement des anesthésies sur le terrain).

CONFLIT DE COMPÉTENCES

Les conflits de compétences peuvent exister dans les équipes entre l'IADE et l'urgentiste. Les causes sont multifactorielles :

- ▶ L'IADE peine à faire reconnaître sa spécialité auprès des urgentistes qui les perçoivent non comme des collaborateurs avisés mais plus comme des exécutants impertinents.
- ▶ La spécialisation d'infirmier en anesthésie est particulièrement mal appréhendée par le médecin urgentiste : craintes du médecin de voir ses prescriptions remises en cause, refus du médecin de reconnaître la compétence spécifique du personnel.

Ce conflit de compétences résultant du décret d'exercice de l'IADE crée en quelque sorte, entre le médecin urgentiste et l'IADE, une zone de chevauchement dans la pratique des gestes qu'il paraît nécessaire d'éclaircir dans le respect des compétences de chacun.

Un élément de réponse est certainement la nécessité de mettre en conformité les prises en charge en fonction des recommandations scientifiques, de rappeler que l'IADE est sous la responsabilité du médecin et que ses obligations réglementaires leurs sont applicables, comme pour toutes activités, sur prescription. Il faut informer les médecins urgentistes

sur les compétences acquises lors de la formation IADE afin qu'ils puissent les utiliser et ainsi favoriser la collaboration étroite alliant cohérence, complémentarité, pertinence dans le respect des responsabilités de chacun.

Il convient néanmoins de réaffirmer que la confiance entre les différents membres de l'équipe est un point cardinal de l'éthique professionnelle tant en ce qui concerne le médecin que l'IADE.

Si nul n'est à l'abri d'une erreur, ces actes n'auront pas de conséquences graves pour le patient si une structure adéquate a été mise en place pour prévenir ou corriger les conséquences d'erreurs humaines.

En France, il n'existe pas d'autre spécialité médicale où la complémentarité voire la complicité soit aussi forte entre le paramédical et le médical.

Il paraît fondamental, malgré les difficultés dans la compréhension des rôles de chacun, de préserver la complémentarité de l'IADE et du médecin urgentiste.

12. LA PARAMÉDICALISATION

Le 8 février 2012, la DGOS, par la voix de sa directrice Mme A. Podeur, n'a pas démenti les chiffres avancés par la présidente de l'INPH, Rachel Bocher, qui évoquait le départ de 40 % de praticiens à la retraite d'ici quatre à cinq ans, un âge moyen de 58 ans à l'hôpital et entre 15 % et 20 % de postes vacants, voire jusqu'à 36 % dans certaines spécialités en temps partiel. Ce « renouvellement générationnel important » attendu chez les praticiens hospitaliers et hospitalo-universitaires présente des situations contrastées « en fonction des disciplines et selon les régions », « quelques fois extrêmement graves en termes de déséquilibre », a observé la directrice générale de la DGOS.

- ▶ La démographie médicale en déclin, les difficultés de recrutement de certains hôpitaux en urgentistes (désir de nombreux urgentistes de changer d'orientation « Dernière enquête de l'AMUF ») ;
 - ▶ la non-disponibilité des médecins généralistes dans le cadre de la permanence des soins non programmés ;
 - ▶ et la diminution de budget ;
- vont amener les tutelles à mettre en correspondance, le rapport coût/risque/bénéfice en fonction de la disponibilité médicale.

L'infirmier va jouer un rôle de plus en plus important dans le transport de patients. Lors des derniers congrès de la SFMU, de nombreux articles mettent en évidence l'augmentation des TIIH.

L'introduction d'un processus de graduation dans le système de secours apporterait, dans un souci de rationalité économique et de qualité de prestation, plus de souplesse et de cohérence dans l'emploi des compétences mobilisées et de permettre un haut niveau de sécurité.

La paramédicalisation des infirmiers sapeurs-pompiers a démontré son utilité, les ARS comme celle du sud-ouest demandent d'installer des véhicules légers SAMU paramédicalisés.

QUE DIT « SAMU DE FRANCE » ?

- ▶ Edition des recommandations pour les transports secondaires réalisés par des infirmiers seuls 2004.
Il souligne que les infirmiers qui réalisent des TIIH doivent avoir acquis une expérience dans le transport SMUR ou être diplômés infirmiers anesthésistes et justifier d'un maintien de compétences en SMUR.
Ces recommandations reconnaissent que la formation IADE est adaptée à ce type d'activité.
- ▶ Position de « Samu de France » sur le rôle de l'infirmier dans l'aide médicale urgente hors présence médicale.
« 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 ».

POSITION DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Quel est l'avis de l'Académie de médecine sur la délégation de tâches faite aux infirmiers dans l'attente de l'arrivée d'un médecin si nécessaire ?

Réponse du Professeur Roger HENRION (Revue du 3 SM Magazine mars 2011) :

« Contre, il y a quelques années, mais les mentalités évoluent. La délégation de tâches aux paramédicaux ne nous choque pas du tout sur le fond, sous réserve d'une formation rigoureuse ».

La formation IADE est reconnue par l'ensemble de la communauté médicale comme étant celle la mieux placée pour ce type d'activité.

ETUDE ÉTRANGÈRE

Le transport de patients en état critique pourrait être assuré en toute sécurité par des infirmiers spécialisés afin de réduire le recours à des médecins, suggère une étude néerlandaise.

Ces résultats ont été présentés au congrès de l'American Thoracic Society (ATS) qui se tenait à Denver la semaine du 16 mai 2011.

EXPÉRIENCES DE PARAMÉDICALISATION

TOULON

Compte rendu sur 5369 interventions réalisées par des infirmiers entre 2003 et 2006.

Il s'agissait d'IDE intervenant tant sur des secondaires que des primaires.

Leurs conclusions :

L'essentiel à retenir réside dans le fait de ne pas tenter de « remplacer » les équipes médicales mais bien de compléter les moyens existants par une réponse « graduée » adaptée aux besoins du patient.

Il est précisé dans le bilan de fonctionnement que l'action des IDE était limitée tant sur le plan des gestes techniques que sur les capacités d'analyses.

DÉPARTEMENT DU HAUT-RHIN SECTEUR SAINT LOUIS

Implantation d'un VL infirmier en accord avec le SROS.

Un bilan est présenté après 4 ans de fonctionnement à partir de janvier 2001.

Il existe un taux de satisfaction de plus de 90 % de tous les intervenants médicaux confondus concernés par cette implantation. Les conclusions du personnel infirmier DE détaché du CH Mulhouse, malgré une sélection sévère des candidats, soulignent la nécessité de formations complémentaires mais dénoncent une limite de la prise en charge sur le plan technique et sur les capacités d'initiative (les protocoles n'étaient pas applicables dans 9 % d'interventions).

THONVILLE 1990

C'est le fonctionnement du SMUR avec des IADE comme seuls intervenants, possibilité d'un renfort médical à la demande.

En 1995, sur 2970 interventions réalisées par les IADE, seulement 165 renforts médicaux ont été nécessaires. L'expérience réalisée pendant 13 ans a été arrêtée lorsque les budgets ont permis de médicaliser les équipes.

Les expériences de paramédicalisation sur Thionville avaient démontré l'efficacité des IADE dans la prise en charge de patients en primaire avec la possibilité d'un renfort médical.

MÉDICALISATION DES PARCS DE LOISIRS

Depuis sa création, le parc Disneyland fonctionne sur le principe de la paramédicalisation avec, sur l'infirmerie principale, la présence d'un médecin pouvant intervenir à la demande des infirmiers ou devant l'information d'une urgence vitale. Ces infirmiers travaillent sur protocole de soins (administration de médicaments ou réalisation de soin) et sur des protocoles d'urgences.

Ils reçoivent en première ligne les demandes de soins des clients, procèdent à l'analyse de la situation et appliquent les protocoles de soins correspondant à la situation. Ils font appel au médecin chaque fois que la situation l'exige.

MÉDICALISATION ÉVÉNEMENTIELLE

La loi de modernisation de la Sécurité Civile a clarifié et rationalisé la mise en place des Dispositifs Prévisionnels de Secours (DPS), souvent matérialisés par un ou plusieurs postes de secours. Ils sont obligatoires pour tout événement susceptible de réunir une foule plus ou moins importante. En fonction de différents paramètres comme le lieu, l'affluence attendue, l'accessibilité, l'organisateur doit en effet dimensionner ce dispositif prévisionnel de secours.

L'autorité préfectorale a sollicité le service d'incendie et de secours pour suppléer, mais surtout, renforcer des dispositifs associatifs. Depuis quelques années, ce renforcement consiste, entre autres, à la mise à disposition d'équipes médicales ou d'infirmiers de sapeurs-pompiers travaillant sur protocole.

► Les infirmiers sapeurs-pompiers « protocolés » de l'Aisne

L'Aisne, département rural, connaît une forte pénurie de médecins tout secteur d'activité confondu. De fait, sur certaines manifestations de moindre ampleur ou de très longue durée, la solution de l'infirmier travaillant sur protocole s'est imposée.

Ses missions sont :

- Apporter une expertise soignante au sein d'un dispositif secouriste.
- Effectuer un pré-tri des pathologies si un afflux de victimes se produit.
- Orienter, sous l'autorité du médecin régulateur, les évacuations.
- Mettre en œuvre des soins infirmiers relevant du rôle propre (pansements non médicamenteux ou entretien infirmier par exemple).
- Mettre en place les protocoles de soins d'urgences et d'antalgie, si nécessaire (cela évite certaines évacuations).

L'apogée de cette expérience fut la couverture, en 2009, d'un rassemblement évangélique tsigane d'environ 30 000 personnes sur la base militaire de Laon-Couvron. Les ISP ont assuré la permanence des soins sur le site en dehors des heures de consultations des médecins libéraux (9h-18h). Ils ont effectué, seuls, 25 % des soins délivrés (consultations incluses) et permis de limiter l'augmentation d'activité des urgences du centre hospitalier de Laon à 15 %. A posteriori, les autorités départementales ont salué l'action de ces professionnels de santé.

En 2011, les ISP ont été présents, outre le Teknival, sur quatre manifestations dont deux aux côtés des secouristes associatifs (Croix Rouge et Protection Civile) et, comme à chaque fois, la coopération a été fructueuse. Les ISP apprécient de découvrir un monde qu'ils ne connaissent pas toujours et de travailler dans le contexte particulier des rassemblements de foules.

Un projet a été déposé au ministère sur un référentiel partant de celui existant pour la réponse secouriste (dispositif prévisionnel de secours) permettant d'inclure, dans le dispositif, du personnel médical et paramédical.

L'expérience dans l'Aisne a démontré la faisabilité de la réponse paramédicale dans ce type d'activité.

En fonction du risque, de la disponibilité médicale, une place doit pouvoir être envisagée pour l'infirmier anesthésiste avec un protocole de soins.

PARAMÉDICALISATION DES INFIRMIERS SAPEURS-POMPIERS

Au regard des textes et obligations des SDIS, celui-ci a mis en place le soutien sanitaire au profit des Sapeurs-Pompiers en intervention.

Des moyens ont donc été mis en place pour répondre à ses besoins (véhicule, matériel).

Les Infirmier de sapeur-pompier (ISP) ont suivi une formation départementale aux PISU (protocole infirmier de soins d'urgences) les amenant à réaliser des protocoles d'urgences en attendant un médecin SAMU ou SP.

La paramédicalisation des secours s'est mise en place surtout dans les zones démunies médicalement. Le SAMU utilise régulièrement ce vecteur pour permettre d'attendre le vecteur médicalisé ou une prise en charge infirmier, économisant ses moyens pour des urgences plus importantes.

Les ISP ont démontré dans de nombreux départements la plus-value des véhicules infirmiers dans les interventions primaires.

Même si un petit nombre d'IDE ont un profil s'approchant de ceux des IADE, les capacités ne sont pas applicables à l'ensemble des infirmiers intervenants.

Quelques jours de formation ne remplacent pas une formation de deux années supplémentaires d'un niveau master.

Les projets de coopération entre professionnels de santé risquent de voir exploser des propositions reposant sur des formations courtes insuffisantes.

Devant les cris d'alarme des syndicats de médecins urgentistes (SAMU de France, AMUF, SFMU), il est urgent de proposer une alternative acceptable avec du personnel reconnu, formé, ayant une expérience professionnelle du transport médicalisé, celui-ci bénéficiant d'une formation médicale continue sur le terrain.

13. PLACE DE L'IADE DANS LA PARAMÉDICALISATION

L'ANALYSE DE LA SITUATION ET LA CAPACITÉ À ÉVALUER LE RISQUE

Pour l'infirmier isolé, la difficulté n'est pas dans l'application d'un protocole, mais plutôt dans la pertinence de son application.

La démarche intellectuelle, l'analyse de la situation, la capacité à évaluer le risque lié à la formation IADE et à sa pratique en milieu anesthésique lui permet de s'interroger sur la pertinence dans l'application du protocole et de s'interroger afin d'obtenir un avis médical si la situation l'exige.

Il est illusoire de penser que les protocoles d'urgences envisagent toutes les situations rencontrées.

L'IADE, grâce à sa formation théorique et pratique, acquiert les connaissances et la maîtrise des gestes d'urgence et de survie.

Si la spécialisation de l'IADE en fait un acteur de choix dans l'activité pré-hospitalière, il en est de même pour l'activité sans médecin. La rigueur de l'IADE, en particulier dans la gestion des paramètres vitaux au quotidien, de la gestion de la sédation, de la ventilation, etc., fait de lui un soignant rompu aux techniques de réanimation. Il est largement formé à l'évaluation du risque, au respect des règles de sécurité et acquiert par sa spécialisation des qualités primordiales : connaissance de ses propres limites et du cadre légal, maîtrise de soi, rigueur dans l'application des bonnes pratiques, humilité devant une situation dépassant ses compétences...

En fin d'études, il n'est pas rare que l'épreuve d'analyse de situation du diplôme d'Etat porte sur une situation d'urgence. A Toulouse en 2009, le sujet proposé était : « *L'infirmier anesthésiste face à la prise en charge de deux patients ayant été blessés suite à un effondrement en leur précisant qu'il dirige leur sauvetage et les premiers soins. Hypothèse diagnostique, mécanisme physiopathologique, complications,* ».

CAPACITÉ D'INTERVENTION

Sa capacité d'intervention en attendant le renfort d'un médecin a été reconnue dans les recommandations de la SFAR.

Au bloc opératoire

« Pour lever toute ambiguïté, si au cours d'une surveillance anesthésique déléguée, l'infirmier anesthésiste est confronté à une situation aiguë, imprévisible et menaçante, il est clair qu'alors **il doit entreprendre les mesures conservatoires d'urgence** que sa formation autorise. Mais il doit aussi solliciter parallèlement la présence sans délai du médecin anesthésiste-réanimateur. ».

En salle de réveil

« La présence d'un IADE en salle de surveillance post-interventionnelle se justifie par son aptitude à évaluer les signes de réveil, à reconnaître les accidents susceptibles de se produire et à **mettre en œuvre sans délai les gestes techniques indispensables, notamment aspiration, intubation, ventilation.** ».

Dans les services de réanimation

« L'IADE peut apporter un complément (par rapport aux IDE) de compétence notamment en ce qui concerne la préparation et la maintenance des appareils de réanimation, **les gestes de première urgence en attendant l'arrivée du médecin.** ».

Dans son rappel à la déontologie

« Même sous la pression de médecins ou de l'autorité administrative, il ne doit pas accepter de **se substituer à un médecin anesthésiste réanimateur, sauf s'il s'agit d'une urgence extrême et vitale** ».

Il n'est pas dans la volonté des infirmiers anesthésistes de se substituer aux médecins, mais de mettre leurs compétences au service des urgences pré-hospitalières à un niveau intermédiaire entre la réponse secouriste et celle d'une ambulance de réanimation.

14. PROPOSITIONS

Yvon Berland communique sur le rapport Hénart sur « infirmier.com »

(<http://www.infirmiers.com/ressources-infirmieres/documentation/infirmieres-yvon-berland-defend-le-rapport-henart.html>).

Voici deux extraits :

« *Ils seront transformés en professions médicales à compétences limitées, du style sage-femme, et nous pourrions dès lors les inscrire dans le code de la santé publique.*

Les maîtres mots seront connaissances accrues et autonomie. ».

« *On s'est rendu compte que ces tâches nécessitaient tout de même un certain niveau de compétences, notamment pour réaliser des prescriptions de façon autonome sans solliciter le médecin toutes les 5 minutes. »*

Notre pratique ne doit pas être sous-évaluée par rapport à celle qui pourrait être proposée à nos collègues IDE qui vont se voir proposer des nouveaux statuts.

Il n'est pas déraisonnable, de par notre formation et de notre pratique professionnelle, de demander un statut équivalent.

Pour obtenir ce statut de professions médicales à compétences limitées **ou plutôt de pratiques avancées**, il faut :

- ▶ La reconnaissance par la communauté médicale et les autorités de tutelles de la compétence de l'IADE dans une pratique isolée extrahospitalière.
- ▶ proposer au SAMU, à l'organisme de tutelle de mettre en place une réponse graduée armée avec des IADE.

La paramédicalisation ne peut se concevoir sans un encadrement médical permanent, sans une pratique régulière du transport urgent de patient grave.

Les expériences du Haut-Rhin, de Toulon ont démontré les limites de la formation IDE.

L'IADE doit avoir une place privilégiée dans le cadre de cette activité, l'expérience de Thionville l'avait démontré.

15. LA DÉMOGRAPHIE ANESTHÉSISTE

Les derniers chiffres sur la démographie des IADE fait apparaître une augmentation des effectifs de presque 50 % en 10 ans. La réorganisation de la permanence des soins va aboutir à une diminution des gardes de 24 heures pour les équipes d'anesthésie. Ce qui pourrait permettre une redistribution des effectifs.

L'activité chirurgicale dans les établissements ne pourra se maintenir qu'à la condition qu'ils restent attractifs, pour cela il sera nécessaire de maintenir un effectif d'anesthésistes suffisants. Le fait que certains établissements hospitaliers puissent proposer une activité mixte entre le SMUR et l'anesthésie peut être un argument attractif pour le recrutement (les directions d'établissement doivent le prendre en compte, sachant que des IADE recherchent ce type de poste).

16. CONCLUSION

Au regard des textes, de la position de la communauté médicale, de la sécurité, l'intérêt général commandent que l'équipe réunisse des professionnels dont les missions et les compétences permettent une synergie optimale.

La fédération des compétences de chaque intervenant en pré-hospitalier permet d'offrir une qualité de prise en charge optimale des malades.

Les contraintes budgétaires ne doivent pas amener à proposer une baisse de la qualité de la prise en charge de ces patients.

L'IADE reste, au sein d'une équipe médicalisée, un partenaire complémentaire pour l'urgentiste et une alternative de choix en paramédicalisation de par ses compétences et son expertise.

La profession d'infirmier anesthésiste présente tous les atouts nécessaires pour se positionner comme profession intermédiaire incontournable.

BRUNO HUET
IADE
Vice-président du SNIA

Rejoignez
la communauté
des **IADE**



Sur
Reseauprosante.fr

Pour tous renseignements, 01 53 09 90 05 - contact@reseauprosante.fr

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