

**ECOLE D'INFIRMIERS ANESTHESISTES
C.H.U DE CLERMONT-FERRAND**

**COMPETENCE IADE ET PLUS-VALUE
DE QUALITE DES SOINS
DANS LES S.A.U.**

CHARLAT Hugo

PROMOTION 2005/2007

**ECOLE D'INFIRMIERS ANESTHESISTES
C.H.U DE CLERMONT-FERRAND**

**COMPETENCE IADE ET PLUS-VALUE
DE QUALITE DES SOINS
DANS LES S.A.U.**

Directeur de mémoire : Mr HENTZ / Cadre Supérieur Infirmier –
Hôtel-Dieu – CHU de Clermont-ferrand

Conseiller de mémoire : Mme PETIT / Infirmière Anesthésiste
Bloc Central – Gabriel Montpied – CHU
de Clermont-ferrand

CHARLAT Hugo

PROMOTION 2005/2007

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier tout d'abord mon conseiller de mémoire, F. HENTZ, qui a su me lancer sur la voie de l'élaboration de ce travail ; C. PETIT, conseillère de mémoire, pour son écoute et sa lecture minutieuse.

Je remercie également les structures des services d'urgences des centres hospitaliers de Clermont-ferrand, Limoge et Saint-Étienne pour leur participation à mon étude, aussi peu exhaustive soit-elle.

PLAN

| | |
|---|---------------|
| INTRODUCTION | pages 3 à 5 |
| CADRE CONCEPTUEL | pages 6 à 18 |
| I-SERVICE D'ACCUEIL URGENCE (SAU) : | pages 6 à 11 |
| I.1-Définition et missions | page 6 |
| I.2- Leurs personnels | page 6 |
| I.3- Les moyens | page 7 |
| I.4- La Salle d'Accueil des Urgences Vitales (SAUV) --- | page 8 |
| I.4.1 Principes directeurs | page 8 |
| I.4.2 Critères d'admissions | page 9 |
| I.4.3 L'architecture- | page 9 |
| I.4.4 L'équipement | page 9 |
| I.4.5 Durée de prise en charge | page 10 |
| I.4.6 Collaboration | page 10 |
| I.4.7 Ressources humaines | page 11 |
| II-LES INFIRMIERS DIPLOMES D'ETAT : | pages 11 à 13 |
| II.1-Le métier d'infirmier | page 11 |
| II.1.1 La formation | page 11 |
| II.1.2 La réglementation | page 12 |
| II.2-Les formations aux soins d'urgences | page 13 |
| III-LES INFIRMIERS ANESTHESISTES DIPLOMES D'ETAT : pages 13 à 16 | |
| III.1-Missions des écoles d'infirmiers anesthésistes | page 13 |
| III.2-Conditions générales d'admission | page 13 |
| III.3-Programme de formation | page 14 |
| III.4-Réglementation d'exercice | page 15 |
| III.4.1 Recommandation de la SFAR-Janvier 1995- | page 15 |
| III.4.2 Recommandation du SNIA | page 16 |
| IV-QUALITE DES SOINS | page 16-17 |
| V- NOTION DE COMPETENCE | page 17-18 |
| V.1 Définition | page 17 |
| V.2 Définition propre à l'IADE en SAU | page 18 |

| | |
|--|---------------|
| DE LA PROBLEMATIQUE A L'HYPOTHESE - - - - - | page 19 |
| CONSTAT DE TERRAIN - - - - - | page 20 à 30 |
| I Méthodologie - - - - - | pages 20-21 |
| I.1 Pourquoi cette enquête - - - - - | page 20 |
| I.2 Choix des lieux et de la population - - - - - | page 20 |
| I.3 Choix de la méthode - - - - - | page 21 |
| I.4 Limites de l'étude - - - - - | page 21 |
| II Analyse des questionnaires - - - - - | pages 22 à 30 |
| DISCUSSION - - - - - | pages 31 à 34 |
| I Interprétation des résultats - - - - - | pages 31 à 33 |
| II Spécificité infirmière aux urgences en Europe - - - - - | pages 33-34 |
| CONCLUSION - - - - - | pages 35-36 |
| GLOSSAIRE - - - - - | page 37 |
| BIBLIOGRAPHIE - - - - - | pages 38-39 |
| ANNEXES | |

INTRODUCTION

Au cours de mon cursus infirmier, j'ai eu l'occasion de travailler dans un service d'accueil urgences (SAU) durant quatre années.

Le travail aux urgences est aigü, dynamique, pluridisciplinaire et diversifié. C'est un service très formateur qui requiert une faculté d'adaptation importante. Adaptation sur le plan des connaissances de part la diversité des pathologies et de leur prises en charge, de part la gestion du flux et des imprévus et sur le plan du *savoir être* face à ses émotions, celles des patients et de leurs famille.

Dans ce service, j'ai beaucoup appris et découvert de multiples facettes de ma profession. L'infirmier en SAU doit faire preuve d'une capacité d'écoute, d'un sens aigü de l'observation, d'une aptitude à juger toutes situations, d'un cœur associé à une habilité technique, une connaissance approfondie des soins infirmiers et des pathologies.

Cependant, lors de situations d'urgences vraiment complexes telles que la prise en charge de personnes polytraumatisés, ou les transferts des patients intubés ventilés, j'ai ressenti un manque de connaissances techniques, théoriques ainsi qu'une carence en terme de qualité des soins lors de certaines situations (non exceptionnelles) très monopolisantes en temps, je faisais des gestes, appliquais des actes sur prescription sans toujours bien en comprendre le sens. Je faisais alors des recherches sur tel ou tel cas qui m'avait posé problème jusqu'au jour où je me suis rendu compte que la formation d'IADE pourrait m'apporter les connaissances qui me manquaient et la présence d'un IADE en SAU pourrait combler toutes ces lacunes.

Je me souviens de certaines situations telle que celle de Mr X, 40 ans, admis pour déformation de l'épaule gauche. Une luxation acromio-claviculaire sans fracture est diagnostiquée à la radio et une réduction est décidée par le chirurgien de garde. Après trois tentatives douloureuses et non efficaces, il est décidé un acte anesthésique associé (diazanalgie : PROPOFOL® 1mg/kg+FENTANIL® 1 µg/kg). Mais cet acte doit se faire en salle de surveillance post-interventionnelle du fait de la carence en personnel qualifié pour l'anesthésie en SAU, ce qui implique des mobilisations en plus pour le patient et une surcharge de travail évitable pour toute la structure.

D'autres patients nécessitant un conditionnement lourd ainsi qu'une surveillance continue (drainage thoracique, intubation oro-trachéale, bloc plexique à visée antalgique, polytransfusion suite à hémorragie extériorisée massive : hématémèse, rectorragie...) pourraient être pris en charge par un IADE sans pour autant amoindrir la qualité des soins prodigués aux autres patients pour lesquels la totalité de l'équipe infirmière serait alors disponible. Il faut souligner que ces patients lourdement atteints peuvent monopoliser une infirmière durant parfois plusieurs heures.

C'est dans l'optique d'améliorer mes connaissances et mieux prendre les urgences en charge que me voilà parti pour effectuer la formation d'IADE.

Depuis le début de cette formation, j'apprends énormément, je comprends mieux certaines prises en charge de patients en SAU que je réalisais sans en voir toujours le but.

Au final, je me suis dit que si les connaissances que l'on acquiert à l'école d'IADE sont si essentielles pour une meilleure compréhension et donc une prise en charge des malades en SAU, c'était peut-être que la présence d'un IADE dans ce service serait bénéfique.

Mon questionnaire portera donc sur :

N'y aurait-il pas un bénéfice à la présence d'un IADE en SAU ?

La première partie de mon exposé portera sur la recherche de cadre réglementaire permettant de cerner ce qu'est un SAU, l'implication d'un infirmier diplômé d'état (IDE), d'un infirmier anesthésiste diplômé d'état, leurs rôles et compétences, pour en arriver aux notions de différences et/ou complémentarité entre les rôles de ces deux professions de santé, tout ceci aboutissant à l'énonciation de mon hypothèse de travail.

Dans la deuxième partie, je procéderai à l'élaboration d'une enquête auprès de SAU ayant des IADE en place et n'en ayant pas. Cette investigation me permettra d'appréhender de manière plus concrète la nécessité ou non, la volonté ou non de la présence d'un IADE en SAU pour dégager finalement une réflexion concernant un besoin ou non d'un IADE dans un SAU.

Dans une dernière partie, je discuterai les résultats de mon enquête pour donner quelques pistes de réflexions complémentaires pouvant améliorer la qualité des soins dans certaines situations en SAU liés à la présence d'une compétence infirmière spécifique.

CADRE CONCEPTUEL

I - SERVICE D'ACCUEIL URGENCE.

I.1 - Définition et missions.

C'est un service qui doit accueillir 24heures/24, tous les jours de l'année et sans sélection, toutes personnes se présentant en situation d'urgence y compris psychiatrique et la prendre en charge rapidement notamment en cas de détresse et d'urgences vitales.

I.2 - Leurs personnels.

Ils se divisent en deux parties pour mieux comprendre leurs origines mais en aucun cas pour les séparer dans leurs pratiques car une prise en charge de qualité se base sur une collaboration pluridisciplinaire et coordonnée.

Le personnel médical : La responsabilité médicale est assurée par un médecin répondant aux conditions prévues par l'article L356 du code de la santé publique.

La présence d'un médecin thésé 24 heures /24 tous les jours de l'année est obligatoire.

De plus le recours à un médecin exerçant notamment en anesthésie/réanimation doit être possible à tout moment.

Le personnel non médical : Son encadrement se fera par un cadre infirmier.

Le SAU devra disposer 24 heures /24, tous les jours de l'année, de deux IDE chargés de dispenser les soins aux patients (nombre majoré en fonction du nombre de passage et de leurs répartition dans le temps).

De plus, le SAU comprendra également :

- Une assistante sociale
- Des aides soignantes
- Des agents de services
- Un agent chargé des admissions.

Ce descriptif ne mentionne pas de présence d'IADE mais une ouverture de non exhaustivité permet, en fonction des besoins de chaque SAU, d'argumenter une spécificité infirmière : « les membres de l'équipe paramédicale doivent avoir acquis une formation à la prise en charge des urgences soit au cours de leurs études, soit par une formation ultérieure ».

I.3 - Les moyens

Un SAU devra disposer :

→ De lit d'hospitalisation complète en médecine-chirurgie-gynécologie-obstétrique.

→ De services ou unités de : - Réanimation

- Anesthésie

- Service mobile d'urgence et de réanimation

-

→ De locaux distribués comprenant :

- Une zone d'accueil

- Une zone d'examen et de soins comportant au moins une salle et des moyens de déchoquage.

- Une zone de surveillance de très courte durée, comportant 3 à 5 boxes individuels par tranches de 10000 passages par ans.

→ D'un bloc opératoire organisé de façon à être à disposition du SAU ainsi que des moyens de soins post-opératoires.

→

Du fait de ce descriptif, nous pouvons imaginer le cas de figure suivant :

A l'arrivée d'un polytraumatisé, il est admis immédiatement en salle de déchoquage où une réanimation sérieuse lui est assurée. En fonction de son état de santé, il subira un conditionnement adéquat, des examens complémentaires avant d'être hospitalisé soit dans une réanimation médico-chirurgicale, soit opéré en urgence et admis par la suite en service de réanimation.

Dans ce cas, une disponibilité continue ainsi que des compétences dans le domaine de l'anesthésie-réanimation seraient bénéfiques au patient ainsi qu'à l'organisation propre du SAU par une présence permanente.

I.4- La Salle d'Accueil des Urgences Vitales (SAUV)

Il s'agit d'un lieu d'accueil, au sein du SAU, des patients ayant une détresse vitale existante ou potentielle.

Son organisation et fonctionnement sont décrits sous forme de recommandations concernant la mise en place, la gestion, l'utilisation, et l'évaluation d'une SAUV (conférence d'experts de la SFMU, SAMU de France, SFAR, SRLF 2002) (annexe 5)

I.4.1-Principes directeurs

- Ouverte 24h/24
- Ne correspond ni à un lit de réanimation ni à un lieu d'hospitalisation
- Doit être libérée dès que possible
- Polyvalence, médico-chirurgicale

I.4.2-Critères d'admission

Tous patients en situation de détresse vitale existante ou potentielle.

La décision est prise par le médecin du SAU, et, le cas échéant, par l'infirmière d'accueil et d'orientation (IAO) des urgences, le médecin du SMUR, ou le médecin régulateur du SAMU. Elle doit s'appuyer sur des procédures cliniques, si possible à partir de scores de gravités validés et partagés.

I.4.3-L'architecture

Elle doit être située de préférence dans l'enceinte du SAU et à proximité du plateau technique (imagerie, réanimation, bloc opératoire). Le nombre d'emplacements est adapté à l'activité du SAU (au moins deux emplacements).

I.4.4-L'équipement

Il est décliné en deux niveaux (1 : services d'urgences non SAU ; 2 : SAU).

Niveau 1 : - Réanimation respiratoire (...ventilateur automatique au moins de type transport, permettant une ventilation contrôlée et assistée ainsi que la PEP. Il doit être équipé d'un monitoring de la ventilation (mesure des volumes expirés, des pressions générées) avec des systèmes d'alarme ... ; Un nécessaire pour l'intubation trachéale... ; Du matériel adapté au cas d'intubation difficile ;... ; Un dispositif de drainage thoracique).

- Réanimation cardio-vasculaire

- Médicaments (L'ensemble des médicaments pour la réanimation des défaillances respiratoires, circulatoires ou neurologiques.... Les médicaments nécessaires à la prise en charge des patients selon une liste pré-établie et connue de tous, comportant notamment les analgésiques, les sédatifs, les antibiotiques, les catécholamines, les thrombolytiques, et les principaux antidotes.)

-

Niveau 2 : Tous les moyens du niveau 1 et en supplément :

- Un ventilateur dit de réanimation, permettant plusieurs modes ventilatoires, en volume ou en pression ;
- De moyens propres permettant de mobiliser un patient ventilé avec l'ensemble de son monitoring et les dispositifs assurant la continuité de son traitement.
- ...

I.4.5-Durée de prise en charge

Elle doit être la plus courte possible. Le médecin doit avoir un objectif, la prise en charge immédiate, continue, et coordonnée du patient pour la remise en disponibilité rapide de la SAUV.

I.4.6-Collaboration

- Relation avec le SAMU-SMUR : Elle est essentielle pour l'admission et l'orientation du patient. ...la coordination des acteurs étant un facteur essentiel de qualité. Le SAMU prévient d'éventuelles difficultés d'aval pour les patients graves liées à l'absence de lits disponibles en réanimation.

- Relations et collaboration avec les services anesthésie-réanimation et réanimations : ...l'anesthésiste réanimateur et/ou le réanimateur doit venir renforcer la SAUV à la demande de l'équipe de la SAUV.

- Services d'aval : ... les protocoles de transferts vers les services de l'établissement doivent détailler le personnel prenant en charge ce transfert interne et le matériel engagé sans compromettre la sécurité de la SAUV.

I.4.7-Ressources humaines

Le cadre infirmier supérieur des urgences est responsable de l'organisation paramédicale ou délègue cette responsabilité à ... un(e) infirmier(e), nominativement identifié(e).

Formation : Le personnel ... infirmier(e) ... affecté à la SAUV doit avoir bénéficié d'une formation lui permettant de prendre en charge l'ensemble des situations menaçant le pronostic vital et doit donc maîtriser un ensemble de procédures techniques et thérapeutiques.

Equipe soignante affecté à la SAUV : ... au minimum d'un médecin, d'un(e) infirmier(e) et d'un(e) aide soignant(e) ou agent hospitalier par SAUV, quels que soient l'heure et le jour de la semaine. Ce personnel peut exercer d'autres fonctions, mais doit pouvoir se libérer immédiatement. ...

II - LES INFIRMIERS DIPLOMES D'ETAT (IDE).

II.1- Le métier d'infirmier

Cette profession est légiférée par divers décrets, récemment inclus dans le code de la santé publique, qui peuvent se résumer en deux parties : une concernant le programme des études, l'autre relatif aux actes professionnels.

II.1.1-La formation

Celle-ci est développée dans l'**Annexe de l'arrêté du 23 mars 1992**, modifié par l'annexe de l'arrêté du 28 septembre 2001.

Ce texte nous décrit, entre autres, que l'étudiant infirmier appréhende les soins d'urgences et de réanimation à la fois dans un module intitulé « Soins infirmiers aux urgences et en réanimation, transfusion sanguine » de 80 heures et d'un stage clinique de 140 heures soit en service de réanimation, urgence, soins intensifs ou bloc opératoire.

La partie théorique est essentiellement basée sur la transfusion sanguine à l'IFSI de Clermont-ferrand et un enseignement concernant la composition du plateau d'intubation n'est dispensé que depuis peu (présence d'un cadre IADE formateur dans cet IFSI). Le stage clinique s'effectue dans une des quatre spécialités citées ci-dessus ; de ce fait, tous les étudiants n'ont pas la possibilité d'aborder physiquement la réalité d'un SAU (pour ceux qui l'auront choisi, un module optionnel leurs permet d'approfondir leurs connaissances dans ce domaine).

II.1.2-La réglementation

Celle-ci est décrite par le **Décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004** relatif aux parties IV et V (dispositions réglementaires) du code de la santé publique, publié au J.O n° 183 du 8 août 2004 page 37087 texte n° 37086, qui régit la profession infirmière.(annexe 2)

Ce texte dit que l'IDE est habilité, sur prescription médicale ou protocole, à effectuer :

- l'injection « de produit ne contribuant pas aux techniques d'anesthésie générale ou locorégionale mentionnées à l'article R. 4311-12 », la « vérification du fonctionnement des appareils de ventilation assistée ou du monitoring, le contrôle des différents paramètres et surveillance des patients placés sous ces appareils » (article R 4311-7).

- l'injection « de médicaments à des fins analgésiques dans des cathéters périduraux et intrathécaux ou placés à proximité d'un tronc ou d'un plexus nerveux, mis en place par un médecin et après que celui-ci a effectué la première injection » (article R 4311-9).

II.2 -Les formations aux soins d'urgences

Les formations sont diverses et variées et d'appellations différentes selon le centre de soins. Il existe des formations aux gestes d'urgences dispensés dans les CESU, des diplômes universitaires plus spécialisés aux soins d'urgences (ATMU,). Il faut savoir que des formations aux soins d'urgences post-diplôme sont reconnues comme des spécialités en Belgique ou au Royaume uni (**Isabelle PIEDADE** Présidente de la Commission Infirmière de la SFMU) mais pas en France.

III - LES INFIRMIERS ANESTHESISTES DIPLOMES D'ETAT (IADE).

Cette profession est actuellement, en France, une spécialité dont les conditions de formation sont décrites dans l'arrêté du 17 janvier 2002 :

III.1-Missions des écoles d'infirmiers anesthésistes

Le premier item de l'article premier de cet arrêté nous dit que « les missions des écoles d'infirmiers anesthésistes sont former des infirmiers diplômés d'état ... à la polyvalence des soins infirmiers dans les domaines de l'anesthésie, de la réanimation, des urgences et de la prise en charge de la douleur »

III.2-Conditions générales d'admission

Pour être admis à suivre l'enseignement sanctionné par le diplôme d'Etat d'infirmier anesthésiste, les candidats doivent être titulaire de l'un des diplômes suivants :

- Diplôme, certificat ou autre titre permettant d'exercer sans limitation la profession d'infirmier ou de sage-femme en France ;
- justifier de deux années minimum d'exercice, en équivalent temps plein, au premier janvier de l'année en cours ;
- Avoir subi avec succès les épreuves d'admission à la formation préparant au diplôme d'Etat d'infirmier anesthésiste ;
-

Il est à noter que, d'après une étude menée pour la journée des infirmiers anesthésistes, d'urgence et de réanimation 2005, la durée moyenne entre l'obtention du diplôme d'Etat d'infirmier et celui du diplôme d'Etat d'infirmier anesthésiste est de sept ans et demi. De plus, ils sont pour une majorité issus de services de réanimation, urgences, SMUR, et salles de surveillance post-interventionnelle.

III.3-Programme de la formation

Elle a pour but d'acquérir des connaissances théoriques et cliniques afin de développer les aptitudes, les capacités et les valeurs professionnelles nécessaires à l'exercice de cette profession (cf. III.1); c'est une formation d'adulte, par alternance et professionnalisante. Cette formation à temps plein, d'une durée de 24 mois, inclut 700 heures d'enseignements théoriques, pratiques et dirigés, 70 semaines de stages, 4 semaines de travail personnel et 10 semaines de congés annuels.

En fin de formation, l'élève doit être capable, entre autres, de:

- Participer avec le médecin spécialiste qualifié en anesthésie-réanimation aux techniques d'anesthésie générale, d'anesthésie loco-régionales ;
- Assurer la prise en charge de la personne soignée au cours des différents actes d'anesthésie, des situations de réanimation, du traitement de la douleur, des situations d'urgence ; assurer la continuité des soins ; contribuer à la sécurité des personnes soignées ; ... ; participer à l'encadrement et à la formation des différents personnels de santé ; participer à la recherche en soins infirmiers et d'en faire communication ; analyser, évaluer sa pratique professionnelle et participer à l'évaluation de la qualité des soins ; s'intégrer dans une équipe pluridisciplinaire au sein du service de soins infirmiers et du système de santé.

Le contenu théorique de cette formation reste très complet quant à son contenu et à l'approfondissement des connaissances à savoir dans les domaines de l'anatomie, physiologie, pathologie, pharmacologie. Plus précisément, deux des objectifs principaux de la deuxième année de formation sont :

- 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 à l'accueil hospitalier des urgences.

Pour ce faire, il sera étudié au sein du chapitre intitulé « les urgences » : l'organisation de l'aide médicale d'urgence ; les états de détresse ; les traumatismes ; les pathologies non chirurgicales et les urgences médicales ; l'anesthésie dans le cadre de l'urgence ; l'équipement et l'organisation de la salle d'accueil et de déchoquage (SAUV) ; les règles d'hygiène en anesthésie, réanimation, urgences ; la matériovigilance appliquée au domaine des urgences.

III.4-Réglementation d'exercice

L'exercice de la profession d'IADE se trouve réglementé par le même décret que celui d'IDE car il ne faut pas oublier que l'IADE est un infirmier avant tout, mais avec des compétences supplémentaires qui sont décrites, peut-être succinctement, dans l'article R4311-12. Pour préciser sa fonction, des recommandations concernant son rôle ont été émises par différentes instances.

III.4.1-Recommandation de la SFAR-Janvier 1995

Cette formation a pour « objectif l'acquisition des connaissances théoriques et cliniques nécessaires à la pratique infirmière au cours des différentes anesthésies, à l'accueil des urgences et au transport des malades graves. »

Dans le chapitre nommé « compétence et domaine d'activité », ces recommandations précisent que « 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. »

III4.2-Recommandation du SNIA

« L' IADE a un niveau de compétences professionnelles clinique, technique et de soins spécifiques dans les domaines de l'anesthésie, de la réanimation et de la médecine d'urgence. ... Il travaille au sein d'équipes pluridisciplinaires dans un cadre réglementaire défini et en collaboration avec les médecins anesthésistes-réanimateurs dans les différents sites d'anesthésie, en salle de surveillance post-interventionnelle, dans les services d'urgences intra et extra-hospitalières. »

De plus « de part sa formation théorique et pratique, l'IADE acquiert les connaissances et la maîtrise des gestes d'urgences et de survie. Il participe à l'accueil hospitalier des urgences en assurant des permanences sur place ou par astreintes à domicile. »

« De par ses connaissances acquises en formation initiale et continue, l'IADE analyse, gère et évalue les situations dans son domaine de compétence, afin de garantir la qualité des soins et la sécurité des patients. »

IV - QUALITE DES SOINS

Depuis plusieurs années, l'accroissement quantitatif de l'activité des services d'urgence a changé la manière de dispenser les soins. Cette modification a de telles conséquences sur les soins que notre conscience professionnelle exprime une certaine inquiétude concernant la qualité de ceux-ci. C'est pour cette raison que depuis 1996, l'ANAES (Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé), renommée HAS (Haute Autorité de Santé) depuis le 26 octobre 2004, a mis en place, notamment, un programme d'amélioration de la qualité des soins. L'OMS (organisation mondiale de la santé) définit la qualité comme étant la garantie « *que chaque patient reçoive la combinaison d'actes diagnostiques et thérapeutiques qui lui assurera le meilleur résultat en termes de santé, conformément à l'état actuel de la science médicale, au meilleur coût pour un même résultat, au moindre risque iatrogène et pour sa plus grande satisfaction en termes de procédures, de résultats et de contacts humains à l'intérieur du système de soins* ».

La qualité peut se définir comme étant une manière d'être, une propriété bonne ou mauvaise de quelque chose. De ce fait, l'amélioration continue de la qualité des soins peut reprendre la devise utilisée par « the australian council care standards : How can we do to do better what we are doing now ? ». Elle se base essentiellement sur la satisfaction des usagers et donc d'une mise à disposition d'un personnel compétent.

Il me semble délicat de parler de qualité des soins et de recherche d'une plus-value dans ce domaine sans aborder la notion de compétence.

V - NOTION DE COMPETENCE

V.1-Définition

Selon le petit Robert : « *Aptitude reconnue légalement à une autorité publique de faire tel ou tel acte dans les conditions déterminées. Connaissance approfondie, reconnue, qui confère le droit de juger ou de décider en certaines manières* ».

Selon le dictionnaire Hachette multimédia : « *En langage juridique, il signifie précisément aptitude d'une autorité administrative ou judiciaire à procéder à certains actes dans des conditions déterminées par la loi ; aptitude d'une loi déterminée à réagir à une situation.* »

Selon l'AFNOR : « *La compétence est la mise en œuvre, en situation professionnelle, de capacités qui permettent d'accéder convenablement à une fonction ou à une activité.* »

Selon le MEDEF : « *La compétence professionnelle est une combinaison de connaissances, savoir-faire, expériences et comportements, s'exerçant dans un contexte précis. Elle se constate lors de sa mise en œuvre en situation professionnelle à partir de laquelle elle est validable.* »

V.2-Définition propre à l'IADE en SAU.

Comme il est décrit dans le paragraphe **III**, l'IADE reste un infirmier qui est régi, à la base, sur le même décret de compétences que l'IDE avec pour spécificité l'article R4311-12.

Cependant, le but premier de cette recherche n'est pas de mettre en compétition ces deux fonctions mais bien de rechercher une collaboration optimisée visant à assurer l'amélioration continue de la qualité et la sécurité des soins.

De ce fait, l'IADE (catégorie de personnel d'encadrement : A) peut assurer des missions transversales du fait de ces compétences aux titres de :

- Formation initiale et continue des IDE
- Démarche qualité
- Evaluation des pratiques
- Matériovigilance
- Encadrement
- Conseiller technique compte tenu de sa formation.

DE LA PROBLEMATIQUE A L'HYPOTHESE

Mon questionnement de départ reposait sur la recherche d'un bénéfice quant à la présence d'un IADE en SAU. Je me suis aperçu que la recherche d'un bénéfice impliquait obligatoirement une notion de qualité des soins qui ne serait pas le fait de la présence seule d'une qualification mais bien d'un échange pluridisciplinaire de compétences et d'une cohésion de travail, de formation, de manière d'être et d'agir. Cette première partie m'a également permis de me rendre compte que la « place d'un IADE au sein d'un SAU » n'est pas du tout développée ni décrite dans quelque décret ou recommandation que ce soit mais que son expérience, sa formation ainsi que sa disponibilité dans un tel poste pourrait apporter un certain confort dans ce type de service où la charge de travail ainsi que le flux de patients n'est pas prévisible et parfois difficile à assumer.

Alors, de part mon vécu en tant qu'IDE en SAU, ma formation d'IADE et le regroupement de mes recherches m'amène à émettre l'hypothèse suivante :

La présence d'une compétence IADE en SAU n'a pas de caractère obligatoire mais permettrait :

- **Une amélioration de la qualité de la prise en charge des patients nécessitant une réanimation ou un acte anesthésique,**
- **Une uniformisation des connaissances du personnel IDE lors de telles prises en charge,**
- **Un soulagement sur un plan quantitatif de la charge de travail IDE lors de « rush », ainsi, une amélioration de la qualité des soins prodigués à l'ensemble des patients présents à cet instant.**

CONSTAT DE TERRAIN

I - METHODOLOGIE

I.1-Pourquoi cette enquête

Elle vise à appréhender l'avis des IDE travaillant en SAU concernant leur formation, leur désir de formation ainsi que leurs attentes, s'il y en a, vis-à-vis du corps IADE. Il permettra également de visualiser grossièrement leurs connaissances dans le domaine de l'anesthésie d'urgence.

I.2-Choix de la méthode

L'enquête par questionnaire (annexe 1) a été retenue pour ce travail. Elle permet un échantillonnage dispersé géographiquement permettant d'éviter partiellement les problèmes induits par un établissement en particulier.

Les premières questions permettent l'identification de la personne sondée puis les suivantes sont essentiellement fermées à choix multiples pour un temps de réponse rapide (quelques lignes vierges lui permettent de s'exprimer si elle le souhaite).

Le questionnaire a été validé par mon directeur de mémoire ainsi que par la direction de l'école d'IADE de Clermont-Ferrand, afin de savoir s'il était orienté, compréhensible et structuré.

Ils ont été distribués aux différents cadres des SAU, après accord de la direction des soins de chaque établissement. Le nombre de questions est de 15, 80 questionnaires ont été distribués et 37 restitués (46,25% de réponses).

A mon avis, par le peu de réponses à cette étude, l'interprétation des résultats se fera en parallèle avec d'autres types d'études ou de colloques ayant un éventuel lien.

I.3-Choix des lieux et de la population

Le questionnaire a été formulé pour les IDE uniquement, travaillant en SAU de centres hospitalier publiques ayant approximativement la même activité d'urgence et possédant au moins une SAUV.

Il a été diffusé dans les hôpitaux de : Clermont-Ferrand, Saint-Étienne, Limoges.

I.4-Limites de l'étude

Le fait de devoir obtenir l'accord de divulgation de questionnaire de la part de la direction des soins reste une limite sur le nombre d'hôpitaux contactés (deux n'ont pas donné de suite à ma requête). De plus, le facteur temps est également pénalisant.

Le manque d'habitude concernant la rédaction de ce type de travail ainsi que la gestion de l'étude m'a paru une limite non négligeable.

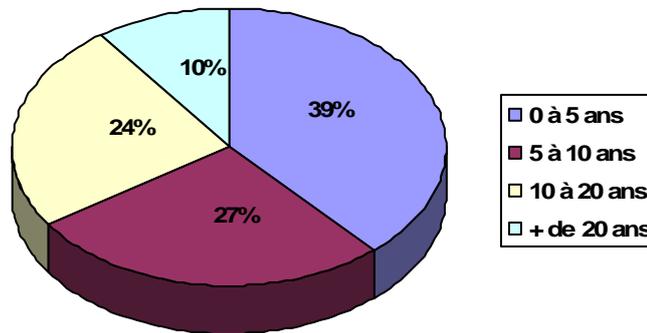
De plus, il s'agit d'un sujet peu commun qui ne fut que très peu analysé et qui provoque, de la part de certains IDE, un sentiment de frustration. En effet, certains ont eu l'impression que ce sujet avait pour objectif la démonstration d'une incompétence alors qu'il est bel et bien la recherche d'une plus value en termes de qualité des soins et de travail via un apport et un échange de connaissances.

II-Analyse des questionnaires

Les questions 1, 2, 3 et 11 m'ont permis de cerner la population enquêtée ainsi que le type de service dans lequel ils travaillent :

Question 1 : Quelle est votre année d'obtention du Diplôme d'Etat d'Infirmier ?

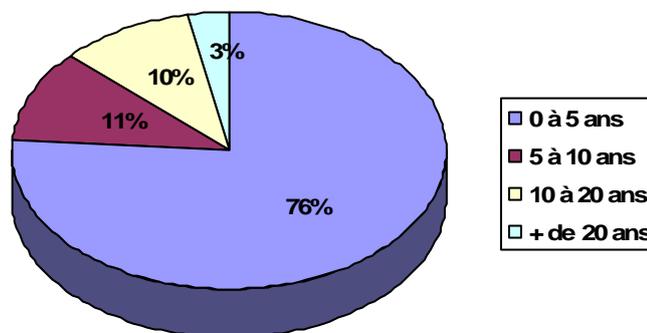
Années d'exercice IDE



Il apparaît que 39% des agents présente moins de 5 ans d'ancienneté diplômante dont plus de la moitié inférieur à 2 ans.

Question 2 : Depuis combien de temps êtes-vous IDE au SAU ?

Années d'exercice IDE en SAU



Nous constatons que 76% des IDE présentent moins de 5 ans d'ancienneté en SAU dont une grande partie inférieure à 3 ans.

Question 3: Y a t il une ou plusieurs SAUV ? (déchoquage) dans votre SAU ?

Si oui, quelle en est la capacité d'accueil simultanée ?

Il est effectif que sur la population interrogée, 100% des agents disposent de SAUV au sein de leur SAU (50% : 3 patients simultanés, 50% : 2 patients simultanés).

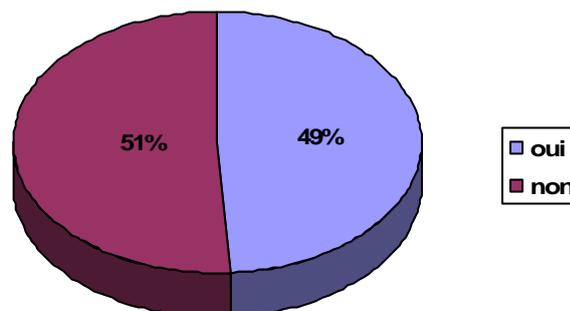
Question 11 : Travaillez-vous avec des IADE au sein de votre SAU ?

Dans cette enquête, aucun SAU ne dispose d'IADE, 22% des IDE avouent travailler ponctuellement avec un IADE ou élève IADE pour le conditionnement et la gestion d'un patient en état de détresse ; ils ajoutent que leur présence est fort appréciable et que ce moment d'échange, trop court, leur permet d'approfondir leurs connaissances.

Les questions 4, 5 et 6 permettent de savoir si les IDE détiennent les éléments nécessaires, à leur avis, concernant leur prise en charge aux urgences. La question 7 évaluera les besoins en termes de formation :

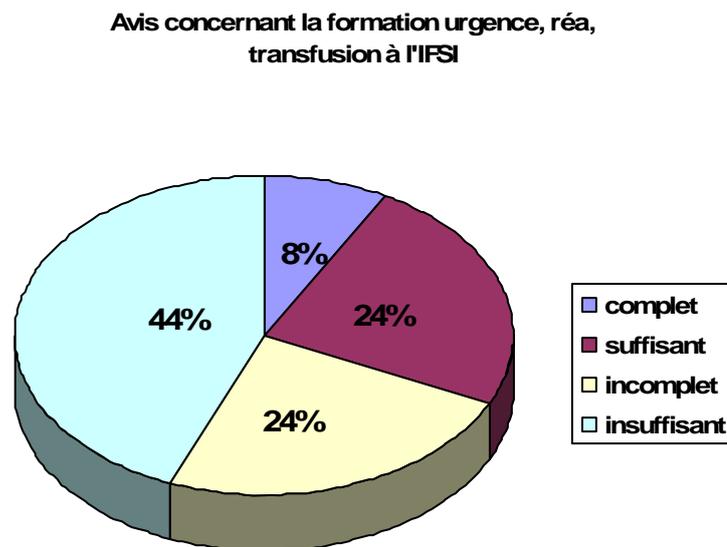
Question 4: Connaissez-vous la réglementation concernant l'utilisation de la SAUV (salle de déchoquage) ?

Connaissance de la réglementation, par les IDE, de la SAUV



Nous remarquons que plus de la moitié des IDE ne connaissent pas les recommandations concernant la SAUV.

Question 5 : L'enseignement du module « urgence, réanimation, transfusion sanguine » dispensé à l'IFSI vous a paru :

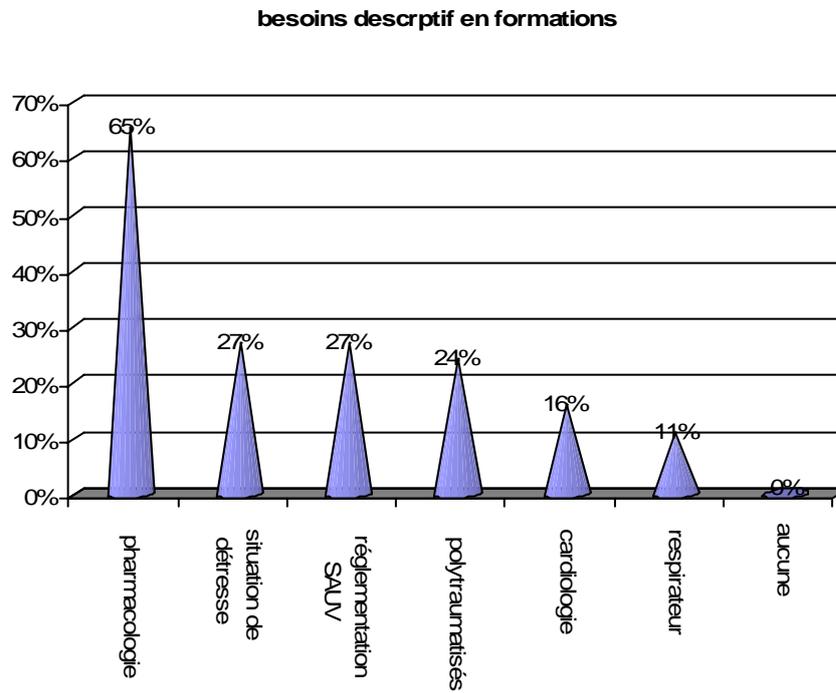


44% des agents pensent que l'enseignement à l'IFSI concernant la pratique des urgences est insuffisant et 24% le trouve incomplet contre 24% suffisant et seulement 8% complet.

Question 6 : Afin de prendre en charge un patient en situation d'urgence, existe-t-il des formations spécifiques dans votre établissement ?

Il apparaît que 78 % des IDE ont ressenti le besoin de compléter leur formation initiale par des formations post-diplôme.

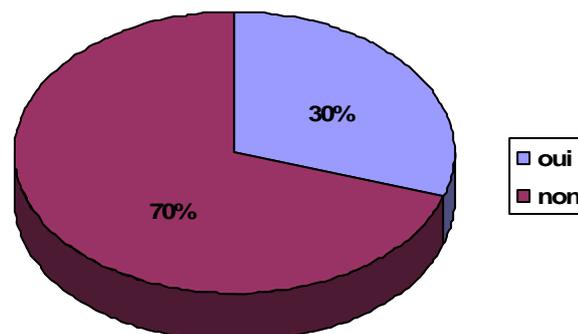
Question 7 : Quels seraient vos besoins en termes de connaissances ?



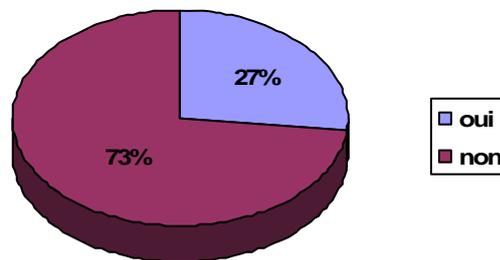
Les questions 8, 9 et 10 mettent en évidence les connaissances les plus utilisées lors de la prise en charge de patients en détresse vitale en SAU :

Question 8 : Connaissez vous l'anesthésie de l'urgence (induction à séquence rapide, manœuvre de sellick, ...) ?
En connaissez-vous les risques ?

connaissance de l'anesthésie de l'urgence



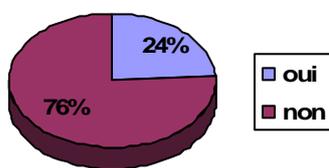
**cannnaissance des risques de cette
anesthésie**



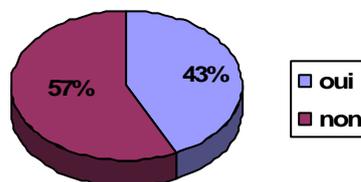
70% des IDE interrogés ne connaissent pas les bases de l'anesthésie de l'urgence et 73% n'en connaissent pas les risques.

Question 10 : Pensez-vous avoir des connaissances suffisantes en pharmacologie ?

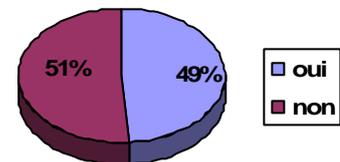
**Pour l'utilisation de
produits liés à
l'anesthésie**



**Pour l'utilisation de
produits liés à
l'analgésie**



**Pour l'utilisation de
produits d'urgence**

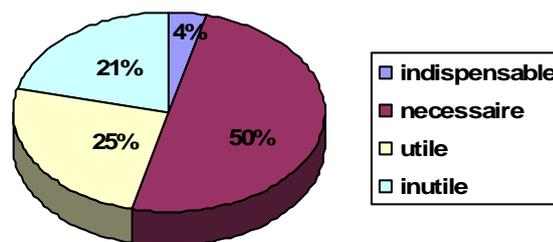


76% des IDE ne maîtrisent pas l'utilisation des médicaments d'anesthésie, 57% ne maîtrisent pas l'utilisation des produits d'analgésie et 51% ne maîtrisent pas les produits d'urgence (amines, dérivés nitrés ...).

Les questions suivantes me permettent d’appréhender le ressenti des IDE quant à l’éventualité de travailler avec des IADE et ce qui peuvent éventuellement attendre d’eux :

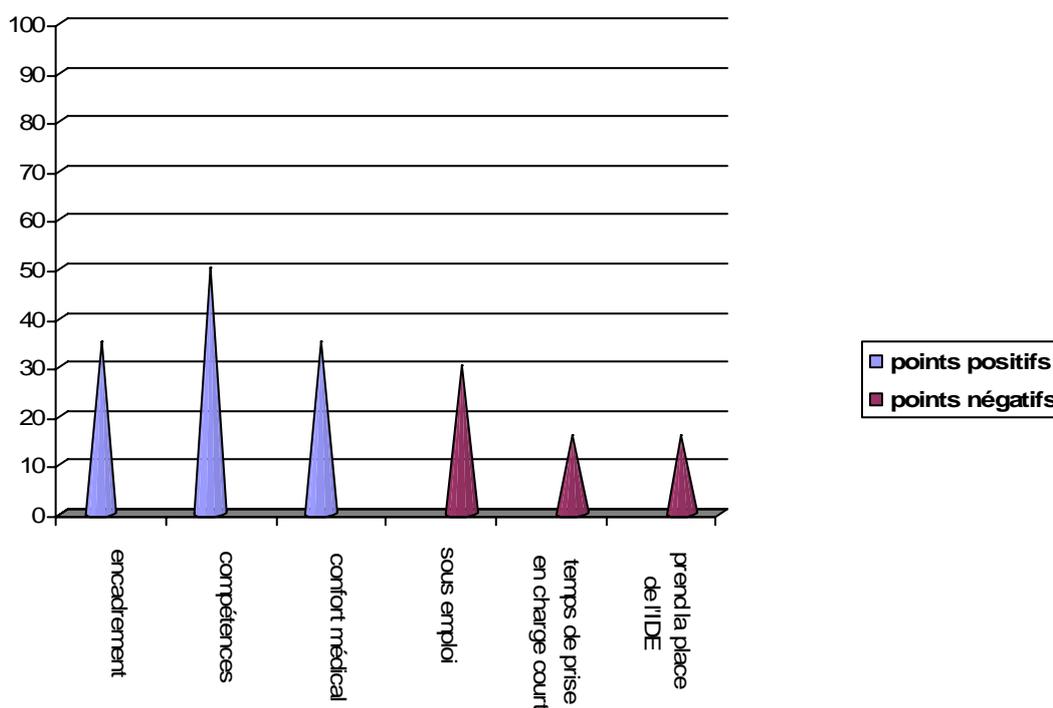
Question 12.: Que pensez vous de la présence d’IADE au sein des SAU ?

Présence IADE en SAU



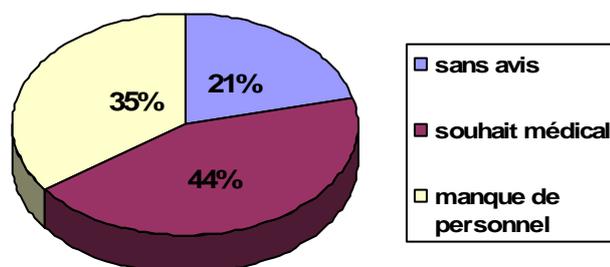
50% des IDE pensent que la présence d’un IADE serait nécessaire contre 21% inutile.

avantages-inconvénient de la présence d’IADE en SAU



Question 13 : S'il n'y a pas d'IADE dans votre équipe, à votre avis pourquoi ?

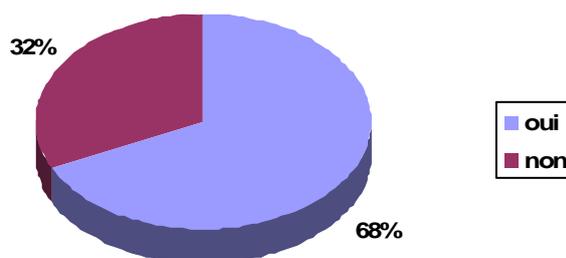
pourquoi n'y a-t'il pas d'IADE en SAU



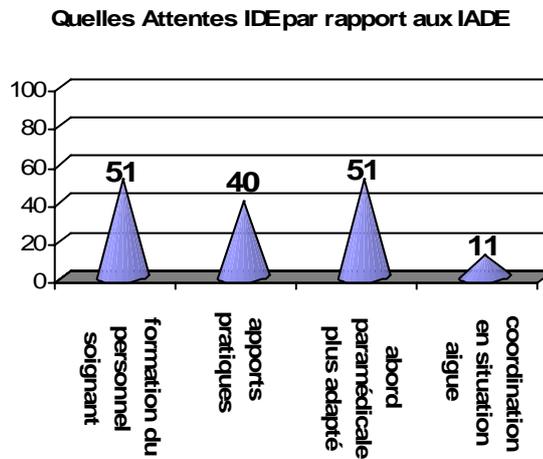
44% des IDE pensent que l'absence d'IADE en SAU est due à un souhait médical et 35% expriment le manque de personnel.

Question 14 : Avez-vous des attentes vis-à-vis de ces professionnels ?

Attente IDE vis-à-vis des IADE

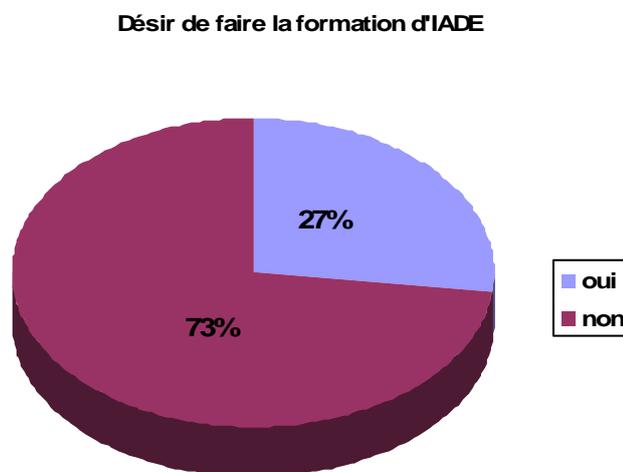


Si oui, lesquelles ?



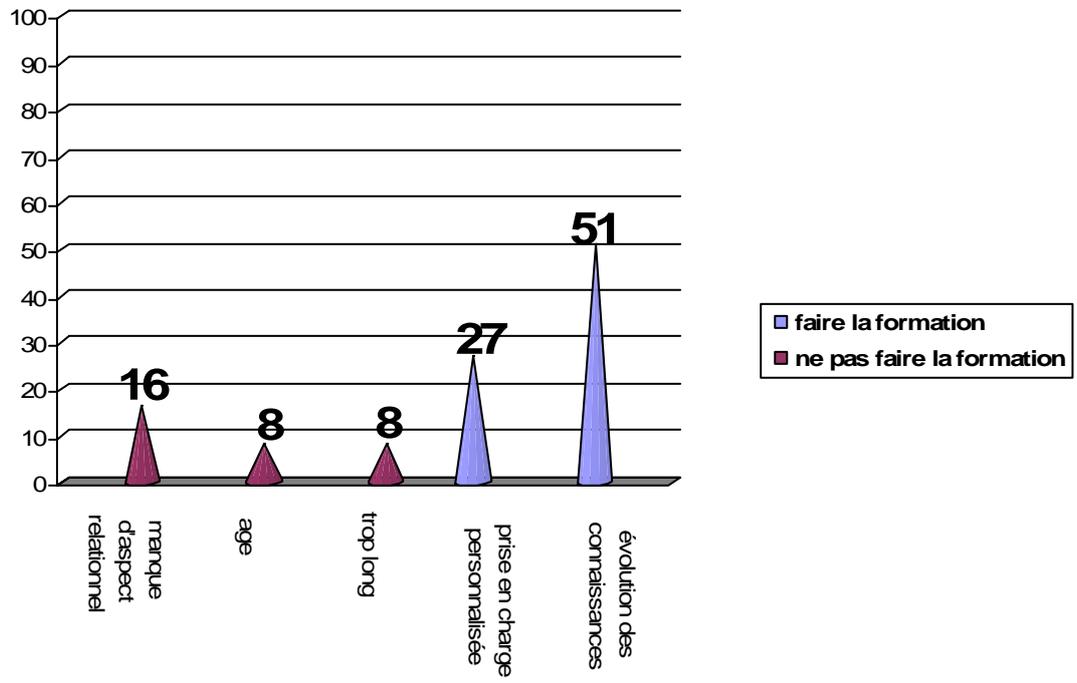
Il est manifeste que les IDE ont des attentes vis-à-vis des IADE car 68% l'expriment.

Question 15 : Envisagez-vous de faire la formation IADE ?



73% des IDE ne désire pas, pour des raisons personnelles et d'objectif de carrière, effectuer la formation d'IADE.

Pourquoi faire ou ne pas faire la formation IADE



DISCUSSION

I – INTERPRETATION DES RESULTATS

Pour me permettre de cibler l'ancienneté de la population interrogée, je leur ai demandé leur ancienneté en tant qu'IDE et IDE en SAU. Il apparaît que la moyenne d'exercice est de 9,4 ans (de 1 à 29 ans) et 5,4 ans en SAU (de 1 à 25 ans). Ces chiffres correspondent à une enquête menée par la SFMU sur la formation des infirmières à la SAUV (annexe 4).

Cependant, 38% des agents possèdent leur DE infirmier depuis moins de 5ans et 76% exercent en SAU depuis moins de 5ans. Cela permet alors de préciser que la population reste essentiellement des agents avec peu d'expérience professionnelle et qui n'ont pas connu d'autres secteurs d'activité (57%). Comparativement à l'étude menée par la SFMU, « le nombre d'années joue un rôle tout naturellement sur l'expérience en smur » (comprendre le sentiment d'être bien formé à l'urgence, à la SAUV, aux nouvelles techniques et produits), « le sentiment d'être bien formé et la maîtrise de l'accueil et de l'orientation. » (annexe 4)

Concernant la connaissance de recommandation sur l'utilisation de cette SAUV, 51% ignoraient son existence. Quant au contenu spécifique dédié à l'urgence de la formation initiale en IFSI, 44% des IDE la considèrent insuffisante et 24% incomplète. Comme nous l'avons vu dans le cadre conceptuel, la formation initiale en IFSI concernant cette spécialité est très succinct (80 heures de cours et un stage non obligatoire de 140 heures).

De plus, le fait que 78% des IDE aient exprimé le besoin de formations parallèles pour la prise en charge des patients en urgence montre la nécessité pour ces professionnels d'acquérir et d'approfondir leurs connaissances et ainsi d'améliorer leur pratique.

Dans cette étude, avec une moyenne de 2 formations par agent sur la totalité de leur exercice, ces chiffres sont bien inférieurs à ceux donnés par l'étude précédemment citée de la SFMU (>5 fois par an pour 13,5% ; 2 à 5 fois par an pour 55,5% ; 1 fois par an pour 31%).

Les résultats de la question 7 montrent que les besoins en termes de formation s'orientent principalement vers les domaines de l'anesthésie et réanimation avec 66% de demandes en pharmacologie de l'urgence, 27% concernant la gestion des situations de détresse, autant pour la réglementation de la SAUV, et d'autres décrites dans le schéma « besoins descriptifs en formation ». Nous nous apercevons que ces items sont développés lors de la formation d'IADE.

De ce fait, la présence d'un personnel qualifié et disponible tel qu'un IADE ne pourrait-il pas combler ces manques ?

Concernant l'anesthésie de l'urgence, seulement 30% des IDE avouent connaître les principes simples, et 73% n'en connaissent pas les risques, cependant, 97% affirment savoir ventiler manuellement un patient. Hors, les actes d'anesthésie prodigués dans les services d'urgence n'est-elle pas principalement « l'anesthésie de l'urgence » !

De plus, seulement 26% avouent avoir les connaissances pharmacologiques nécessaires pour l'utilisation de produits liés à l'anesthésie, 43% concernant l'analgésie et 49% les produits d'urgence.

Par ces chiffres, nous pouvons déduire que l'induction anesthésique lors de telles situations peut induire des complications dramatiques et évitables pour le patient par manque de formation et d'encadrement des personnels infirmiers.

Il est à noter que aucun des SAU observés ne possède d'IADE en poste et que les IDE en ayant côtoyé ont apprécié leur présence autant sur le moment de la prise en charge du patient que sur l'apport théorique a posteriori.

Nous constatons que 79% des IDE pensent que la présence d'IADE en SAU serait bienvenue (50% nécessaire, 25% utile et 4% indispensable), 68% ont des attentes vis-à-vis de ces professionnels et il est à noter que 21% des IDE pensent que la présence d'IADE en SAU est inutile et n'ont donc pas d'attentes. 30% estiment que cette présence n'est pas justifiable en permanence mais plus en tant que support de compétence pratique ponctuel non prévisible et formation continue avec apport de connaissances.

Alors, pourquoi n'y a-t-il pas d'IADE dans tous les SAU ? : Il apparaît que 35% pensent qu'il s'agit d'un manque de personnel et 21% sont sans avis. Ces 56% sont unanimes pour cibler un problème budgétaire, mais la qualité du soin et des conditions de travail ont-elles un prix ? Il semblerait que oui mais ce sujet mériterait d'être traité à part entière.

Enfin, 27% du personnel sondé désireraient effectuer la formation IADE mais les freins à cet engagement sont nombreux. Cependant, les personnes voulant suivre cette formation ont pour but, dans 51% des cas, l'évolution de leurs connaissances et 27% pour améliorer leur prise en charge via une meilleure compréhension de ce qu'ils font. Ces deux items vont dans le sens, à mon avis, d'une amélioration de la qualité des soins.

II – SPECIFICITE INFIRMIERE AU URGENCE EN EUROPE

Il est à noter que la formation de base des IDE n'est pas la même au sein de l'europe. Certains possèdent une formation universitaire, d'autre non ; mais toutes ces formations allient apport théorique et apprentissage pratique.

Une IDE aux urgences doit acquérir rapidement et chronologiquement un savoir être, un savoir faire, et une gestion délicate des priorités. Cependant, le champ d'autonomie et de responsabilité n'est pas le même selon les pays et même selon la structure où l'IDE exerce.

D'autre part, la spécialité que l'on pourrait dénommer IUDE (Infirmier Urgentiste Diplômé d'Etat) n'existe pas en France alors qu'elle est bien définie dans deux pays européens :

- Belgique → « infirmière graduée en soins intensifs et aide médicale urgente »
- Royaume-Uni → « emergency nurse practitioner ».

En Belgique, par exemple, la formation continue est obligatoire, nous pouvons donc supposer qu'elle y est adaptée. Alors qu'en France, la formation continue est possible mais non reconnue en termes de compétence, dépendante de la structure dans laquelle l'agent travaille et si elle doit être ciblée dans un processus de carrière, est soumise à des contraintes financières et géographiques (congrès, journée d'enseignement, ...).

Selon l'enquête européenne PRESST-NEXT 2002-2004, le turn-over dans les services d'urgence provoque une perte de l'expertise des infirmières.

Selon un forum concernant « la question de l'IUDE » organisé lors de la 2^{ième} JEMU-Avignon 2001 (annexe 3), « Chacun constate qu'une grande partie des compétences acquises des IADE est inutile aux urgences (compétences en anesthésie), et qu'une des caractéristiques du SU est le binôme indissociable médecin-infirmier(e). »

CONCLUSION

Mon évolution de carrière comprenait la prise en charge de patient en état grave (urgence, réanimation, anesthésie). Tous ces services ne m'ont pas été accessibles pour des raisons temporelles et institutionnelles mais j'ai eu la chance d'exercer dans le service d'accueil urgence de CLERMONT-FERRAND où j'ai pu assouvir mon désir. Tout au long de cet exercice, je me posais la question du « comment mieux soigner » dans de telles conditions et la formation d'IADE me paraissait la plus adaptée car elle m'apporterait la plupart des lacunes en termes de connaissances car « comment bien faire ce que l'on ne comprend pas ? ».

Bien sûr, on ne peut prétendre à une présence permanente et exclusive d'IADE dans un SAU, mais une grande partie des connaissances peuvent permettre d'améliorer considérablement la formation in situ et continu des IDE tel un compagnonnage. Il peut également être le compagnon idéal du médecin ayant la CAMU dans certaines situations critiques. Cependant, le but n'est pas de prendre la part la plus intéressante du travail des urgences aux IDE mais d'assurer une plénitude dans le travail. Il est évident que l'IDE travaillant en SAU, et de surcroît ayant un secteur de SAUV, doit acquérir des connaissances pour pouvoir travailler dans un climat de sécurité.

A l'issue de ce travail, je pense, en association à une IADE qui s'exprima à ce sujet sur un blog internet, que les IADE ont un rôle à jouer au sein d'un SAU :

- Formation initiale et continue des IDE
- Démarche qualité
- Evaluation des pratiques
- Matéiovigilance
- Encadrement
- Conseiller technique sur le déchoquage (« coup de main si ça chauffe »)

Mais comment organiser un tel poste qui regroupe essentiellement des missions transversales ?

Nous ne pouvons en effet difficilement envisager une présence permanente d'IADE en SAU, cependant une référence serait souhaitable avec, par exemple, un IADE référent sur la pratique des urgences et qui serait détachable, au besoin, de son poste en bloc opératoire et des journées d'enseignement et remise à niveau du personnel des urgences. Car il ne faut pas oublier que ce professionnel ne peut se dispenser d'une pratique quotidienne pour qu'il puisse, lui aussi, évoluer dans sa pratique et ne pas vivre sur ses acquis. Je pense sincèrement que « l'enseignant » non pratiquant ne peut pas assurer sa mission avec objectivité et qualité.

GLOSSAIRE

| | |
|----------------------|---|
| AFNOR : | Association Française de Normalisation |
| ANAES : | Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé |
| ATMU : | Apprentissage aux Techniques Médicales d'Urgences |
| CAMU : | Capacité d'Aide Médicale d'Urgence |
| CESU : | Centre d'Enseignement des Soins d'Urgence |
| CHU : | Centre Hospitalier Universitaire |
| HAS : | Haute Autorité de Santé |
| IADE : | Infirmier Anesthésiste Diplômé d'Etat |
| IDE : | Infirmier Diplômé d'Etat |
| IFSI : | Institut de Formation en Soins Infirmier |
| IAO : | Infirmière d'Accueil et d'Orientation |
| JEMU : | Journées Européennes de Médecine d'Urgence |
| MEDEF : | Mouvement Des Entreprises de France |
| OMS : | organisation mondiale de la santé |
| PEP : | Pression Expiratoire Positive |
| PRESST-NEXT : | Promouvoir en Europe Santé et Satisfaction des Soignants au Travail – Nurses' Early Exit Study |
| SAMU : | Service d'Aide Médicale Urgente |
| SAU : | Service d'Accueil Urgence |
| SAUV : | Salle d'Accueil et d'Urgence Vitale |
| SFAR : | Société Française d'Anesthésie et de Réanimation |
| SFMU : | Société Française de Médecine d'Urgence |
| SMUR : | Service Mobile d'Urgence et de Réanimation |
| SNIA : | Syndicat National des Infirmiers Anesthésistes |
| SRLF : | Société de Réanimation de Langue Française |

BIBLIOGRAPHIE

- 1** : Oxymag n°86-janvier/février 2006
- 2** : Mémoire de droit médicale, Pierre LEMAIRE, faculté de médecine Paris Saint-Antoine
Année universitaire 2002-2003.
- 3** : MEMOIRE SMUR, BOUCHET Florence, école d'IADE de Clermont-Ferrand,
promotion 2004-2006.
- 4** : LES DOULEURS INDUITES, institut UPSA de la douleur, p 57 à 67,
ISBN : 2.910844.12.9
- 5** : ENQUÊTE SFMU : IDE d'urgence : comparaison en fonction de l'expérience
Formation des infirmières à la SAUV
Mise en place d'un protocole de soins dans l'accueil et la prise en
charge des polytraumatisés.
- 6** : SFAR – Recommandations concernant le rôle de l'infirmier anesthésiste diplômé d'état –
janvier 1995.
- 7** : SNIA – Recommandations pour l'exercice de la profession d'infirmier anesthésiste –
mai 2002
- 8** : Arrêté du 17 janvier 2002 relatif à la formation conduisant au diplôme d'état d'infirmier
anesthésiste
- 9** : Décret de compétence n° 2004-802 du 29 juillet 2004 relatif aux actes professionnels et à
l'exercice de la profession d'infirmier
- 10** : Recommandations concernant la mise en place, la gestion, l'utilisation, et l'évaluation
d'une salle d'accueil des urgences vitales (SAUV) , conférence d'expert SFMU, SAMU de
France, SFAR, SRLF 2002
- 11** : Spécificités des infirmier(e) s des urgences : vers des IUDE ? , www.jemu.net/fr/article .
- 12** : ANAES, manuel d'accréditation des établissements de santé. Deuxième procédure
d'accréditation ; ANAES septembre 2004
- 13** : Les IADE sortent du bloc.Revue de l'infirmière septembre 1999, N°52

14 : Sites internet : www.urgences.com
www.infirmiers.com
www.sante.gouv.fr
www.sfar.org
www.snia.org
www.sfm.com
www.sofia.com
www.laryngo.com
www.legifrance.gouv.fr
www.onsil.fr

ERRATUM

- Dans tout le TIP, remplacer le terme « SAU » par « structure d'urgence »
- Page 3, paragraphe 2, ligne 3 :
 - au lieu de « diversités » lire « diversité ».
- Page 3, paragraphe 4, ligne 1 :
 - au lieu de « ... d'urgences vraiment complexes ... »
lire « ... d'urgences vitales souvent complexes ... »
- Page 3, paragraphe 4, ligne 2 :
 - au lieu de « polytraumatisés » lire « traumatisés graves »
- Page 3, paragraphe 4, ligne 8 :
 - au lieu de « ...les connaissances qui ... »
lire « ... les connaissances et les compétences qui ... »
- Page 6, paragraphe 1, ligne 3 :
 - au lieu d'urgences vitales » lire « d'urgence vitale »
- Page 7 :
 - au lieu de « De lit d'hospitalisation... » lire « De lits d'hospitalisation ... »
- Page 24 :
 - au lieu de « ... des urgences est insuffisant ... »
lire « ... des urgences est insuffisant ... »
- Page 26, titre du premier graphique :
 - au lieu de « Cannaissance ... » lire « Connaissance ... »
- Page 26, première phrase :
 - au lieu de « ... n'en connait pas les risques. »
lire « ... n'en connaissent pas les risques. »

- Page 32, paragraphe 2 :
 - au lieu de « ... ne pourrait-il pas ... » lire « ... ne pourrait-elle pas ... »
- Page 33, paragraphe 1 :
 - au lieu de « Enfin, 27% du personnel sondé ... »
lire « Enfin, 27% des personnels sondés ... »

ANNEXE 1

Monsieur Charlat Hugo
Ecole d'Infirmiers Anesthésistes
CHU de Clermont-Ferrand
BP 69
63003 Clermont-Ferrand cedex

Mesdames, Mesdemoiselles, Messieurs les Infirmiers,

Etudiant en deuxième année à l'école d'IADE, il m'est demandé dans le cadre de ma formation, d'effectuer un travail de fin d'études.

Le thème que j'ai choisi est « la compétence, la plus value d'un(e) infirmier(e) anesthésiste dans un Service d'Accueil Urgence (SAU) ».

Par cette présente lettre, je vous demande un peu de votre temps afin de répondre à ce questionnaire qui m'aidera dans ma réflexion.

Je tiens à vous préciser que ce questionnaire est anonyme. De plus, certaines questions peuvent admettre plusieurs réponses et être complétées de remarques si vous le souhaitez.

Je vous remercie par avance de l'intérêt que vous m'accorderez.

CHARLAT Hugo.

PS : la date de retour de ce questionnaire est prévue pour le 05 Mars 2007.

QUESTIONNAIRE

1) Quelle est votre année d'obtention du Diplôme d'Etat d'Infirmier ?

2) Depuis combien de temps êtes-vous IDE au SAU ?

3) Y a t il une ou plusieurs SAUV ? (déchoquage) dans votre SAU ?

Oui *Non*

Si oui, quelle en est la capacité d'accueil simultanée ?

4) Connaissez-vous la réglementation concernant l'utilisation de la SAUV (salle de déchoquage) ?

Oui *Non*

5) L'enseignement du module « urgence, réanimation, transfusion sanguine » dispensé à l'IFSI vous a paru :

| | |
|------------------|--------------------------|
| Complet | <input type="checkbox"/> |
| Suffisant | <input type="checkbox"/> |
| Incomplet | <input type="checkbox"/> |
| Insuffisant | <input type="checkbox"/> |
| Autres, précisez | ... |

6) Afin de prendre en charge un patient en situation d'urgence, existe t'il des formations spécifiques dans votre établissement ?

Oui *Non*

Si oui, quels sont les intitulés de ces formations ?

Combien en avez-vous suivies ?

7) Quels seraient vos besoins en termes de connaissances ?

8) Connaissez vous l'anesthésie de l'urgence (induction à séquence rapide, manœuvre de sellick, ...) ?

Oui *Non*

En connaissez-vous les risques ?

Oui *Non*

9) Savez-vous ventiler manuellement un patient ?

Oui *Non*

10) Pensez-vous avoir des connaissances suffisantes en pharmacologie ?

- Pour l'utilisation de produits liés à l'anesthésie

Oui *Non*

- Pour la pratique de l'analgésie

Oui *Non*

- Pour l'utilisation des médicaments de l'urgence

Oui *Non*

11) Travaillez-vous avec des IADE au sein de votre SAU ?

Oui *Non*

12) Que pensez-vous de la présence d'IADE au sein des SAU ? Est-elle

Indispensable

Nécessaire

Inutile

Autres, précisez ...

Pourquoi ?

13) S'il n'y a pas d'IADE dans votre équipe, à votre avis pourquoi ?

Un manque de personnel

Un souhait médical

Autres, précisez ...

14) Avez-vous des attentes vis-à-vis de ces professionnels ?

Oui *Non*

Si oui, lesquelles ?

15) Envisagez-vous de faire la formation IADE ?

Oui *Non*

Pourquoi ?

ANNEXE 2

LIVRE III
AUXILIAIRES MÉDICAUX
TITRE I
PROFESSION D'INFIRMIER OU D'INFIRMIÈRE
CHAPITRE I
EXERCICE DE LA PROFESSION
SECTION 1
ACTES PROFESSIONNELS

Article R. 4311-1

L'exercice de la profession d'infirmier ou d'infirmière comporte l'analyse, l'organisation, la réalisation de soins infirmiers et leur évaluation, la contribution au recueil de données cliniques et épidémiologiques et la participation à des actions de prévention, de dépistage, de formation et d'éducation à la santé. Dans l'ensemble de ces activités, les infirmiers et infirmières sont soumis au respect des règles professionnelles et notamment du secret professionnel. Ils exercent leur activité en relation avec les autres professionnels du secteur de la santé, du secteur social et médico-social et du secteur éducatif.

Article R. 4311-2

Les soins infirmiers, préventifs, curatifs ou palliatifs, intègrent qualité technique et qualité des relations avec le malade. Ils sont réalisés en tenant compte de l'évolution des sciences et des techniques. Ils ont pour objet, dans le respect des droits de la personne, dans le souci de son éducation à la santé et en tenant compte de la personnalité de celle-ci dans ses composantes physiologique, psychologique, économique, sociale et culturelle :

- 1° De protéger, maintenir, restaurer et promouvoir la santé physique et mentale des personnes ou l'autonomie de leurs fonctions vitales physiques et psychiques en vue de favoriser leur maintien, leur insertion ou leur réinsertion dans leur cadre de vie familial ou social ;
- 2° De concourir à la mise en place de méthodes et au recueil des informations utiles aux autres professionnels, et notamment aux médecins pour poser leur diagnostic et évaluer l'effet de leurs prescriptions ;
- 3° De participer à l'évaluation du degré de dépendance des personnes ;
- 4° De contribuer à la mise en oeuvre des traitements en participant à la surveillance clinique et à l'application des prescriptions médicales contenues, le cas échéant, dans des protocoles établis à l'initiative du ou des médecins prescripteurs ;

5° De participer à la prévention, à l'évaluation et au soulagement de la douleur et de la détresse physique et psychique des personnes, particulièrement en fin de vie au moyen des soins palliatifs, et d'accompagner, en tant que de besoin, leur entourage.

Article R. 4311-3

Relèvent du rôle propre de l'infirmier ou de l'infirmière les soins liés aux fonctions d'entretien et de continuité de la vie et visant à compenser partiellement ou totalement un manque ou une diminution d'autonomie d'une personne ou d'un groupe de personnes. Dans ce cadre, l'infirmier ou l'infirmière a compétence pour prendre les initiatives et accomplir les soins qu'il juge nécessaires conformément aux dispositions des articles R. 4311-5 et R. 4311-6. Il identifie les besoins de la personne, pose un diagnostic infirmier, formule des objectifs de soins, met en oeuvre les actions appropriées et les évalue. Il peut élaborer, avec la participation des membres de l'équipe soignante, des protocoles de soins infirmiers relevant de son initiative. Il est chargé de la conception, de l'utilisation et de la gestion du dossier de soins infirmiers.

Article R. 4311-4

Lorsque les actes accomplis et les soins dispensés relevant de son rôle propre sont dispensés dans un établissement ou un service à domicile à caractère sanitaire, social ou médico-social, l'infirmier ou l'infirmière peut, sous sa responsabilité, les assurer avec la collaboration d'aides-soignants, d'auxiliaires de puériculture ou d'aides médico-psychologiques qu'il encadre et dans les limites de la qualification reconnue à ces derniers du fait de leur formation. Cette collaboration peut s'inscrire dans le cadre des protocoles de soins infirmiers mentionnés à l'article R. 4311-3.

Article R. 4311-5

Dans le cadre de son rôle propre, l'infirmier ou l'infirmière accomplit les actes ou dispense les soins suivants visant à identifier les risques et à assurer le confort et la sécurité de la personne et de son environnement et comprenant son information et celle de son entourage :

- 1° Soins et procédés visant à assurer l'hygiène de la personne et de son environnement ;
- 2° Surveillance de l'hygiène et de l'équilibre alimentaire ;
- 3° Dépistage et évaluation des risques de maltraitance ;
- 4° Aide à la prise des médicaments présentés sous forme non injectable ;
- 5° Vérification de leur prise ;
- 6° Surveillance de leurs effets et éducation du patient ;
- 7° Administration de l'alimentation par sonde gastrique, sous réserve des dispositions prévues à l'article R. 4311-7 et changement de sonde

- d'alimentation gastrique ;
- 8° Soins et surveillance de patients en assistance nutritive entérale ou parentérale ;
 - 9° Surveillance de l'élimination intestinale et urinaire et changement de sondes vésicales ;
 - 10° Soins et surveillance des patients sous dialyse rénale ou péritonéale ;
 - 11° Soins et surveillance des patients placés en milieu stérile ;
 - 12° Installation du patient dans une position en rapport avec sa pathologie ou son handicap ;
 - 13° Préparation et surveillance du repos et du sommeil ;
 - 14° Lever du patient et aide à la marche ne faisant pas appel aux techniques de rééducation ;
 - 15° Aspirations des sécrétions d'un patient qu'il soit ou non intubé ou trachéotomisé ;
 - 16° Ventilation manuelle instrumentale par masque ;
 - 17° Utilisation d'un défibrillateur semi-automatique et surveillance de la personne placée sous cet appareil ;
 - 18° Administration en aérosols de produits non médicamenteux ;
 - 19° Recueil des observations de toute nature susceptibles de concourir à la connaissance de l'état de santé de la personne et appréciation des principaux paramètres servant à sa surveillance : température, pulsations, pression artérielle, rythme respiratoire, volume de la diurèse, poids, mensurations, réflexes pupillaires, réflexes de défense cutanée, observations des manifestations de l'état de conscience, évaluation de la douleur ;
 - 20° Réalisation, surveillance et renouvellement des pansements non médicamenteux ;
 - 21° Réalisation et surveillance des pansements et des bandages autres que ceux mentionnés à l'article R. 4311-7 ;
 - 22° Prévention et soins d'escarres ;
 - 23° Prévention non médicamenteuse des thromboses veineuses ;
 - 24° Soins et surveillance d'ulcères cutanés chroniques ;
 - 25° Toilette périnéale ;26° Préparation du patient en vue d'une intervention, notamment soins cutanés préopératoires ;
 - 27° Recherche des signes de complications pouvant survenir chez un patient porteur d'un dispositif d'immobilisation ou de contention ;
 - 28° Soins de bouche avec application de produits non médicamenteux ;
 - 29° Irrigation de l'oeil et instillation de collyres ;
 - 30° Participation à la réalisation des tests à la sueur et recueil des sécrétions lacrymales ;
 - 31° Surveillance de scarifications, injections et perfusions mentionnées aux articles R. 4311-7 et R. 4311-9 ;
 - 32° Surveillance de patients ayant fait l'objet de ponction à visée

diagnostique ou thérapeutique ;

33° Pose de timbres tuberculiques et lecture ;

34° Détection de parasitoses externes et soins aux personnes atteintes de celles-ci ;

35° Surveillance des fonctions vitales et maintien de ces fonctions par des moyens non invasifs et n'impliquant pas le recours à des médicaments ;

36° Surveillance des cathéters, sondes et drains ;

37° Participation à la réalisation d'explorations fonctionnelles, à l'exception de celles mentionnées à l'article R. 4311-10, et pratique d'examen non vulnérants de dépistage de troubles sensoriels ;

38° Participation à la procédure de désinfection et de stérilisation des dispositifs médicaux réutilisables ;

39° Recueil des données biologiques obtenues par des techniques à lecture instantanée suivantes : a) Urines : glycosurie acétonurie, protéinurie, recherche de sang, potentiels en ions hydrogène, pH ; b) Sang : glycémie, acétonémie ;

40° Entretien d'accueil privilégiant l'écoute de la personne avec orientation si nécessaire ;

41° Aide et soutien psychologique ;

42° Observation et surveillance des troubles du comportement.

Article R. 4311-6

Dans le domaine de la santé mentale, outre les actes et soins mentionnés à l'article R. 4311-5, l'infirmier ou l'infirmière accomplit les actes et soins suivants :

1° Entretien d'accueil du patient et de son entourage ;

2° Activités à visée sociothérapeutique individuelle ou de groupe ;

3° Surveillance des personnes en chambre d'isolement ;

4° Surveillance et évaluation des engagements thérapeutiques qui associent le médecin, l'infirmier ou l'infirmière et le patient.

Article R. 4311-7

L'infirmier ou l'infirmière est habilité à pratiquer les actes suivants soit en application d'une prescription médicale qui, sauf urgence, est écrite, qualitative et quantitative, datée et signée, soit en application d'un protocole écrit, qualitatif et quantitatif, préalablement établi, daté et signé par un médecin :

1° Scarifications, injections et perfusions autres que celles mentionnées au deuxième alinéa de l'article R. 4311-9, instillations et pulvérisations ;

2° Scarifications et injections destinées aux vaccinations ou aux tests tuberculiques ;

3° Mise en place et ablation d'un cathéter court ou d'une aiguille pour perfusion dans une veine superficielle des membres ou dans une veine

- épicrânienne ;
- 4° Surveillance de cathéters veineux centraux et de montages d'accès vasculaires implantables mis en place par un médecin ;
- 5° Injections et perfusions, à l'exclusion de la première, dans ces cathéters ainsi que dans les cathéters veineux centraux et ces montages :
- a) De produits autres que ceux mentionnés au deuxième alinéa de l'article R. 4311-9 ;
- b) De produits ne contribuant pas aux techniques d'anesthésie générale ou locorégionale mentionnées à l'article R. 4311-12. Ces injections et perfusions font l'objet d'un compte rendu d'exécution écrit, daté et signé par l'infirmier ou l'infirmière et transcrit dans le dossier de soins infirmiers ;
- 6° Administration des médicaments sans préjudice des dispositions prévues à l'article R. 4311-6 ;
- 7° Pose de dispositifs transcutanés et surveillance de leurs effets ;
- 8° Renouvellement du matériel de pansements médicamenteux ;
- 9° Réalisation et surveillance de pansements spécifiques ;
- 10° Ablation du matériel de réparation cutanée ;
- 11° Pose de bandages de contention ;
- 12° Ablation des dispositifs d'immobilisation et de contention ;
- 13° Renouvellement et ablation des pansements médicamenteux, des systèmes de tamponnement et de drainage, à l'exception des drains pleuraux et médiastinaux ;
- 14° Pose de sondes gastriques en vue de tubage, d'aspiration, de lavage ou d'alimentation gastrique ;
- 15° Pose de sondes vésicales en vue de prélèvement d'urines, de lavage, d'instillation, d'irrigation ou de drainage de la vessie, sous réserve des dispositions du troisième alinéa de l'article R. 4311-10 ;
- 16° Instillation intra-urétrale ;
- 17° Injection vaginale ;
- 18° Pose de sondes rectales, lavements, extractions de fécalomes, pose et surveillance de goutte-à-goutte rectal ;
- 19° Appareillage, irrigation et surveillance d'une plaie, d'une fistule ou d'une stomie ;
- 20° Soins et surveillance d'une plastie ;
- 21° Participation aux techniques de dilatation de cicatrices ou de stomies ;
- 22° Soins et surveillance d'un patient intubé ou trachéotomisé, le premier changement de canule de trachéotomie étant effectué par un médecin ;
- 23° Participation à l'hyperthermie et à l'hypothermie ;
- 24° Administration en aérosols et pulvérisations de produits médicamenteux ;
- 25° Soins de bouche avec application de produits médicamenteux et, en tant que de besoin, aide instrumentale ;
- 26° Lavage de sinus par l'intermédiaire de cathéters fixés par le médecin ;

- 27° Bains d'oreilles et instillations médicamenteuses ;
- 28° Enregistrements simples d'électrocardiogrammes, d'électro-encéphalogrammes et de potentiels évoqués sous réserve des dispositions prévues à l'article R. 4311-10 ;
- 29° Mesure de la pression veineuse centrale ;
- 30° Vérification du fonctionnement des appareils de ventilation assistée ou du monitoring, contrôle des différents paramètres et surveillance des patients placés sous ces appareils ;
- 31° Pose d'une sonde à oxygène ;
- 32° Installation et surveillance des personnes placées sous oxygénothérapie normobare et à l'intérieur d'un caisson hyperbare ;
- 33° Branchement, surveillance et débranchement d'une dialyse rénale, péritonéale ou d'un circuit d'échanges plasmatique ;
- 34° Saignées ;
- 35° Prélèvements de sang par ponction veineuse ou capillaire ou par cathéter veineux ;
- 36° Prélèvements de sang par ponction artérielle pour gazométrie ;
- 37° Prélèvements non sanglants effectués au niveau des téguments ou des muqueuses directement accessibles ;
- 38° Prélèvements et collecte de sécrétions et d'excrétions ;
- 39° Recueil aseptique des urines ;
- 40° Transmission des indications techniques se rapportant aux prélèvements en vue d'analyses de biologie médicale ;
- 41° Soins et surveillance des personnes lors des transports sanitaires programmés entre établissements de soins ;
- 42° Entretien individuel et utilisation au sein d'une équipe pluridisciplinaire de techniques de médiation à visée thérapeutique ou psychothérapique ;
- 43° Mise en oeuvre des engagements thérapeutiques qui associent le médecin, l'infirmier ou l'infirmière et le patient, et des protocoles d'isolement.

Article R. 4311-8

L'infirmier ou l'infirmière est habilité à entreprendre et à adapter les traitements antalgiques, dans le cadre des protocoles préétablis, écrits, datés et signés par un médecin. Le protocole est intégré dans le dossier de soins infirmiers.

Article R. 4311-9

L'infirmier ou l'infirmière est habilité à accomplir sur prescription médicale écrite, qualitative et quantitative, datée et signée, les actes et soins suivants, à condition qu'un médecin puisse intervenir à tout moment :

- 1° Injections et perfusions de produits d'origine humaine nécessitant, préalablement à leur réalisation, lorsque le produit l'exige, un contrôle d'identité et de compatibilité obligatoire effectué par l'infirmier ou l'infirmière

;

2° Injections de médicaments à des fins analgésiques dans des cathéters périduraux et intrathécaux ou placés à proximité d'un tronc ou d'un plexus nerveux, mis en place par un médecin et après que celui-ci a effectué la première injection ;

3° Préparation, utilisation et surveillance des appareils de circulation extracorporelle ;

4° Ablation de cathéters centraux et intrathécaux ;

5° Application d'un garrot pneumatique d'usage chirurgical ;

6° Pose de dispositifs d'immobilisation ;

7° Utilisation d'un défibrillateur manuel ;

8° Soins et surveillance des personnes, en postopératoire, sous réserve des dispositions prévues à l'article R. 4311-12 ;

9° Techniques de régulation thermique, y compris en milieu psychiatrique ;

10° Cures de sevrage et de sommeil.

Article R. 4311-10

L'infirmier ou l'infirmière participe à la mise en oeuvre par le médecin des techniques suivantes :

1° Première injection d'une série d'allergènes ;

2° Premier sondage vésical chez l'homme en cas de rétention ;

3° Enregistrement d'électrocardiogrammes et d'électroencéphalogrammes avec épreuves d'effort ou emploi de médicaments modificateurs ;

4° Prise et recueil de pression hémodynamique faisant appel à des techniques à caractère vulnérant autres que celles mentionnées à l'article R. 4311-7 ;

5° Actions mises en oeuvre en vue de faire face à des situations d'urgence vitale ;

6° Explorations fonctionnelles comportant des épreuves pharmacodynamiques, d'effort, de stimulation ou des tests de provocation ;

7° Pose de systèmes d'immobilisation après réduction ;

8° Activités, en équipe pluridisciplinaire, de transplantation d'organes et de greffe de tissus ;

9° Transports sanitaires :

a) Transports sanitaires urgents entre établissements de soins effectués dans le cadre d'un service mobile d'urgence et de réanimation ;

b) Transports sanitaires médicalisés du lieu de la détresse vers un établissement de santé effectués dans le cadre d'un service mobile d'urgence et de réanimation ;

10° Sismothérapie et insulinothérapie à visée psychiatrique.

Article R. 4311-11

L'infirmier ou l'infirmière titulaire du diplôme d'Etat de bloc opératoire ou en

cours de formation préparant à ce diplôme, exerce en priorité les activités suivantes :

- 1° Gestion des risques liés à l'activité et à l'environnement opératoire ;
- 2° Elaboration et mise en oeuvre d'une démarche de soins individualisée en bloc opératoire et secteurs associés ;
- 3° Organisation et coordination des soins infirmiers en salle d'intervention ;
- 4° Traçabilité des activités au bloc opératoire et en secteurs associés ;
- 5° Participation à l'élaboration, à l'application et au contrôle des procédures de désinfection et de stérilisation des dispositifs médicaux réutilisables visant à la prévention des infections nosocomiales au bloc opératoire et en secteurs associés. En per-opératoire, l'infirmier ou l'infirmière titulaire du diplôme d'Etat de bloc opératoire ou l'infirmier ou l'infirmière en cours de formation préparant à ce diplôme exerce les activités de circulant, d'instrumentiste et d'aide opératoire en présence de l'opérateur. Il est habilité à exercer dans tous les secteurs où sont pratiqués des actes invasifs à visée diagnostique, thérapeutique, ou diagnostique et thérapeutique dans les secteurs de stérilisation du matériel médico-chirurgical et dans les services d'hygiène hospitalière.

Article R. 4311-12

L'infirmier ou l'infirmière, anesthésiste diplômé d'Etat, est seul habilité, à condition qu'un médecin anesthésiste-réanimateur puisse intervenir à tout moment, et après qu'un médecin anesthésiste-réanimateur a examiné le patient et établi le protocole, à appliquer les techniques suivantes :

- 1° Anesthésie générale ;
- 2° Anesthésie loco-régionale et réinjections dans le cas où un dispositif a été mis en place par un médecin anesthésiste-réanimateur ;
- 3° Réanimation peropératoire. Il accomplit les soins et peut, à l'initiative exclusive du médecin anesthésiste-réanimateur, réaliser les gestes techniques qui concourent à l'application du protocole. En salle de surveillance postinterventionnelle, il assure les actes relevant des techniques d'anesthésie citées aux 1°, 2° et 3° et est habilité à la prise en charge de la douleur postopératoire relevant des mêmes techniques. Les transports sanitaires mentionnés à l'article R. 4311-10 sont réalisés en priorité par l'infirmier ou l'infirmière anesthésiste diplômé d'Etat. L'infirmier ou l'infirmière, en cours de formation préparant à ce diplôme, peut participer à ces activités en présence d'un infirmier anesthésiste diplômé d'Etat.

Article R. 4311-13

Les actes concernant les enfants de la naissance à l'adolescence, et en particulier ceux ci-dessous énumérés, sont dispensés en priorité par une infirmière titulaire du diplôme d'Etat de puéricultrice et l'infirmier ou l'infirmière en cours de formation préparant à ce diplôme :

- 1° Suivi de l'enfant dans son développement et son milieu de vie ;
- 2° Surveillance du régime alimentaire du nourrisson ;
- 3° Prévention et dépistage précoce des inadaptations et des handicaps ;
- 4° Soins du nouveau-né en réanimation ;
- 5° Installation, surveillance et sortie du nouveau-né placé en incubateur ou sous photothérapie.

Article R. 4311-14

En l'absence d'un médecin, l'infirmier ou l'infirmière est habilité, après avoir reconnu une situation comme relevant de l'urgence ou de la détresse psychologique, à mettre en oeuvre des protocoles de soins d'urgence, préalablement écrits, datés et signés par le médecin responsable. Dans ce cas, l'infirmier ou l'infirmière accomplit les actes conservatoires nécessaires jusqu'à l'intervention d'un médecin. Ces actes doivent obligatoirement faire l'objet de sa part d'un compte rendu écrit, daté, signé, remis au médecin et annexé au dossier du patient. En cas d'urgence et en dehors de la mise en oeuvre du protocole, l'infirmier ou l'infirmière décide des gestes à pratiquer en attendant que puisse intervenir un médecin. Il prend toutes mesures en son pouvoir afin de diriger la personne vers la structure de soins la plus appropriée à son état.

Article R. 4311-15

Selon le secteur d'activité où il exerce, y compris dans le cadre des réseaux de soins, et en fonction des besoins de santé identifiés, l'infirmier ou l'infirmière propose des actions, les organise ou y participe dans les domaines suivants :

- 1° Formation initiale et formation continue du personnel infirmier, des personnels qui l'assistent et éventuellement d'autres personnels de santé ;
- 2° Encadrement des stagiaires en formation ;
- 3° Formation, éducation, prévention et dépistage, notamment dans le domaine des soins de santé primaires et communautaires ;
- 4° Dépistage, prévention et éducation en matière d'hygiène, de santé individuelle et collective et de sécurité ;
- 5° Dépistage des maladies sexuellement transmissibles, des maladies professionnelles, des maladies endémiques, des pratiques addictives ;
- 6° Education à la sexualité ;
- 7° Participation à des actions de santé publique ;
- 8° Recherche dans le domaine des soins infirmiers et participation à des actions de recherche pluridisciplinaire. Il participe également à des actions de secours, de médecine de catastrophe et d'aide humanitaire, ainsi qu'à toute action coordonnée des professions de santé et des professions sociales conduisant à une prise en charge globale des personnes.

ANNEXE 3

Spécificités des infirmier(es) des Urgences : vers des I.U.D.E. ?



Modérateur : Mme Martine Denis (cadre infirmier, SAMU 79, Niort)

Rapporteur : Dr Philippe Leveau (UPATOU de Thouars)

Experts : Mme Nathalie Borgne (cadre infirmier, SAMU 75, Paris), Dr Miguel Martinez-Almoyna (SAMU 75, Paris), et la salle.

Il existe des infirmier(e)s de bloc opératoire (IBODE) et des infirmier(e)s anesthésistes (IADE). Les techniques utilisées au service des urgences ont beaucoup évolué. Justifient-elles une formation qualifiante spécifique ?

Martine Denis : Actuellement, le recrutement des IDE au service d'urgences repose sur un profil de poste :

- savoir : le service des urgences recevant toutes sortes de pathologies, les connaissances doivent être polyvalentes, avec la reconnaissance des détresses vitales, la connaissance du matériel d'urgence, de l'environnement médico-social et des réseaux de soins autour du service des urgences et des droits sociaux des patients.
- savoir faire : hiérarchiser les situations d'urgence (en particulier pour les IAO), maîtriser les gestes et les matériels d'urgence, savoir gérer une activité non réglée, des flux de malades, assurer la prise en charge globale du malade (famille, entourage), adopter une communication adaptée dans les situations d'urgence, s'insérer dans une équipe multidisciplinaire (médecins de spécialités différentes, sapeurs pompiers, ambulanciers, autorité judiciaire, assistantes sociales, ...)
- savoir être : les qualités requises sont l'adaptabilité, la maîtrise de soi, la capacité d'écoute et de communiquer.

Le diplôme d'état répond-il à ces exigences ou faut-il une formation complémentaire ? Y a-t-il un risque de créer une micro corporation supplémentaire ?

Miguel Martinez-Almoyna déplore le peu d'IDE dans les SAMU-SMUR, voire l'usurpation de ce titre dans certains endroits pré hospitaliers ! Les textes de loi concernant la place de l'IDE dans les UMH ne sont pas appliqués. Selon lui, il n'y a

pas matière à rivalité au sujet des IADE ou des IDE dans les SMUR. En Espagne, il y a des IDE dans chaque UMH et en Hollande, il n'y a que des IDE en pré hospitalier.

Nathalie Borgne précise qu'à Paris, une IADE est à bord de chaque UMH, et qu'à Nantes, des IDE urgentistes sont à la régulation du SAMU avec les médecins régulateurs. En Suisse, il existe une formation spécifique à l'urgence : les IDE urgentistes ont une formation de 2 ans et au moins 5 ans d'expérience.

L'équipe des urgences de Toulon, avec le Dr Vincent Carret, a fait un travail infirmier sur la maîtrise des « petits gestes techniques » aux urgences. Leur constat est qu'il y a à la fois une diminution des effectifs médicaux, en particulier des internes, alors qu'il y a une augmentation d'activité. En 3 semaines, l'équipe infirmière a relevé 870 malades de traumatologie sur 1752 passages (50%), dont 94 sutures cutanées. La majorité des cas étaient des plaies simples, nécessitant entre 3 et 5 points. Or, le décret du 15 mars 1993 spécifiant les gestes et missions de l'IDE précise que la responsabilité médicale n'est pas déléguable sur les actes effectués. Cette responsabilité reste entière. Par exemple, une plaie non compliquée doit être explorée sous anesthésie locale par le médecin, la suture pouvant être déléguée à l'IDE. En ce qui concerne les plâtres, il doit être prescrit par un médecin et sa réalisation doit être vérifiée. A partir de là, quels soins pourraient être déléguables ? Des sutures de plaie simples et superficielles, des plâtres des extrémités. L'avantage est une baisse des coûts de santé. Cette idée provocatrice doit nous amener à réfléchir sur une nouvelle organisation des soins dans les services d'urgences, comme l'on fait les chirurgiens avec les IBODE ou les anesthésistes avec les IADE.

Des réactions dans la salle ont lieu par rapport à la question des plâtres, où le décret sus cité est différemment interprétable.

Le corps des IDE est réfractaire à ce glissement des tâches qui ajoute encore du travail à leurs missions qu'elles ont des difficultés à assurer.

Sylviane Dulioust (SAMU 17, La Rochelle) précise que ce sont les IDE qui font toutes les contentions dans son service, selon une procédure écrite et après une formation sérieuse de gypsothérapie. Mais elle est inquiète car la seule justification de ces tâches est la pénurie de médecin : ne risque-t-on pas de voir disparaître, par exemple, les médecins dans les UMH ?

M Martinez-Almoyna précise qu'en Andalousie, il existe des UMH infirmières en plus des UMH médicales.

Philippe Olivier (SAMU 84, Avignon) réfléchi sur un système de SMUR mixte paramédicalisé.

En Lorraine, il existe une formation régionale des IDE d'urgence depuis 4 ans sous la forme de deux séminaires de 5 jours. De plus, l'IFSI de Thionville a développé un module spécifique pour les gestes d'urgence. Au SAU, toute la contention est effectuée par les IDE. Pendant 15 ans, il y a eu une SMUR IADE qui était médicalisé à la demande.

A la fin du forum, la question de « l'IUDE » n'est pas tranchée. Chacun constate qu'une grande partie des compétences acquises des IADE est inutile aux urgences (compétences en anesthésie), et qu'une des caractéristiques du SU est le binôme indissociable médecin-infirmier(e).

Forum "Personnel et structure" des 2èmes JEMU - 22-24 novembre 2001 - Palais des Papes à Avignon

Forum "Personnel et Structure" - 2èmes JEMU - Avignon 2001

ANNEXE 4

IDE d'urgence : comparaison en fonction de l'expérience.

Organisation de l'accueil et de la prise en charge

Communications libres infirmier

JEUDI 8 AVRIL 10H30-12H00

Salle : 342 A

Introduction

Le but de l'étude est de comparer les IDE à courte expérience (3 ans) et à plus longue expérience (>4 ans). Et ainsi les différencier dans leur expérience en SMUR (SMUR), leur sentiment d'être bien formés à l'urgence (Formé), leur formation préalable à la Salle d'Accueil des Urgences Vitales (SAUV), et leur formation aux techniques et nouveaux produits (FTP).

Enfin, sont répertoriés les différentes formations complémentaires (IADE, DU, DSA....).

Méthode

Enquête réalisée entre le 20 Août et le 30 Septembre 2003 par envoi de questionnaires à 180 Services d'urgences sur le territoire national.

Résultats

338 réponses (43 Centres Hospitaliers).

Conclusion

Le nombre d'année joue tout naturellement sur l'expérience en smur, le sentiment d'être bien formé et la maîtrise de l'accueil et de l'orientation.

Les plus jeunes semble être orientés vers des formations plus spécifiques telles le secourisme (AFPS, CFAPSE/PSR, BNS, DSA), lié à leur formation initiale (IFSI)?

Modérateurs : MC. LEGAY (Bry sur Marne), D.VAN DER ROOST (Bruxelles)

J. Crevoisier, M. Gouesbier, B.Vallée, P. Leroy (Lagny sur Marne)

Enquête sur la formation des infirmières à la Salle d'Accueil des Urgences Vitales.

Soins infirmiers et procédures

Communications libres infirmier

MERCREDI 7 AVRIL 10H30-12H00

Salle : 342 A

Introduction :

Enquête réalisée en août 2003 par envoi de questionnaires, permettant d'évaluer le profil et la formation des IDE travaillant en SAUV.

Résultats: 338 réponses (43 Centres Hospitaliers)

Services:

Quelles sont les unités rattachées à votre service?

SAU: 65,7%

UPATOU: 34,3%

SMUR: 56,2%

UHCD: 68,9%

Consultation d'accueil: 21,9%

Existe-t-il une IAO? Oui: 63,9% Non: 36,1%

Disposez-vous d'une SAUV (déchocage) au sein du service? Oui: 98,8% Non: 1,2%

Si oui, quelle est la capacité de cette salle?

1 lit: 31,1%

2 lits: 42,5%

3 lits: 18,9%

plus de 3 lits: 6,5%

Renseignements personnels :

Depuis combien de temps êtes vous diplômé (e)? 10,6 ans

Depuis combien de temps travaillez-vous aux urgences? 5,7 ans

Avez-vous une expérience en SMUR? Oui: 46,4% Non: 55,6%

Formation en urgence :

Etes-vous régulièrement formé(e) à la pratique des Urgences? Oui: 50,9% Non: 49,1%

Si oui, à quelle fréquence annuelle?

>5 fois: 13,5%

entre 2 et 5 fois: 55,5%

1 fois: 31%

Si oui, par quel mode?

Formation continue interne: 155 réponses

Formation continue externe: 37 réponses

CESU: 37 réponses

Centre de formation: 50 réponses

Formation personnelle: 110 réponses

Quels sont vos diplômes obtenus relatifs à l'urgence?

AFPS (21), DU (15), IAO (9), CFAPSE/PSR (8), IADE (5)

SAUV :

Lors de votre intégration aux urgences, avez-vous bénéficié d'une formation spécifique à la SAUV? Oui: 15,3% Non: 84,7%

Bénéficiez-vous de formations régulières sur les techniques à connaître et à maîtriser en médecine d'urgence, ou sur les nouveaux produits et matériels utilisés en SAUV?

Oui: 39,6% Non: 60,4%

Si non, comment aimeriez-vous que soit développé ce type de formation?

Par formation continue interne: 179 réponses

Par formation continue externe: 152 réponses

Par formation personnelle: 63 réponses

Existe-t-il des protocoles de soins dans votre SAUV? Oui: 81,9% Non: 18,1%

Conclusion :

Les IDE en Urgences sont irrégulièrement formées dans leur discipline, et ne bénéficient pas de formation préalable avant leur activité en SAUV. Elles proposent une prise en compte de ce manque par des formations internes.

Mise en place d'un protocole de soins dans l'accueil et la prise en charge des polytraumatisés.

Soins infirmiers et procédures

Communications libres infirmier

MERCREDI 7 AVRIL 10H30-12H00

Salle : 342 A

Introduction

La prise en charge initiale à l'arrivée d'un polytraumatisé nécessite une coordination entre l'équipe médicale et paramédicale afin d'optimiser les soins. Trop d'intervenants au déchoquage entraînent une diminution de rapidité et d'efficacité. Le but de ce protocole était: prioriser les soins, les systématiser avec un nombre de personnel défini selon la gravité du patient.

Méthode

Une équipe pluridisciplinaire (anesthésistes-réanimateurs, infirmiers IDE, infirmiers-anesthésistes IADE et aide-soignants AS) a listé tous les actes indispensables à la prise en charge initiale. Trois niveaux de gravité clinique (1, 2 et 3) ont été établis: Niveau 1 Détresse extrême = Pression artérielle systolique < 80 mmHg malgré remplissage ou utilisation de drogues vaso-actives et/ou signes d'hypertension intracrânienne (HTIC) (Glasgow < 7 et mydriase ou anisocorie); Niveau 2 Etat précaire stabilisé = traumatisme crânien sans HTIC et/ou traumatisme thoracique/abdominal avec hémodynamique stable; Niveau 3 Patient stable = conscient sans point d'appel inquiétant avec ou non fracture de membre. En fonction de ces niveaux le nombre d'intervenants maximum nécessaire à la prise en charge a été décidé et chaque acte de soin a été attribué à une personne.

Résultats

Exprimés dans le tableau.

Conclusion

L'insécurité relative liée à un trop grand nombre de personnel au déchoquage nécessite la mise en place de protocoles rédigés par les différents acteurs de soin.

Modérateurs : B. GARRIGUE (Bobigny), P. PEULMEULLE (Lille)

H. Gambart, J. Serraj, N. Moré, I. Genre, C. Declerc, O. Lafage, G. Strecker, D. Garrigue (Ronchin)

ANNEXE 5

RECOMMANDATIONS CONCERNANT LA MISE EN PLACE, LA GESTION, L'UTILISATION, ET L'ÉVALUATION D'UNE SALLE D'ACCUEIL DES URGENCES VITALES (SAUV)

Conférence d'experts de la Société Francophone de Médecine d'Urgence (SFMU), de SAMU de France, de la Société Française d'Anesthésie et de Réanimation (SFAR), de la Société de Réanimation de Langue Française (SRLF), 2002

Emergency department policy

Implementation and management of the resuscitation room

Groupe de travail

Catherine BABATASI (Service d'Accueil des Urgences, CHU Côte de Nacre, Caen, Commission Infirmière, SFMU)

Pr. Pierre CARLI (SAMU de Paris et Département d'Anesthésie-Réanimation, CHU Necker-Enfants Malades, Paris, Commission scientifique SAMU de France)

Dr. Jean-Louis DUCASSÉ (Observatoire Régional des Urgences Midi-Pyrénées, Toulouse, Commission scientifique SFMU)

Pr. Jean-Emmanuel de LA COUSSAYE (Fédération Anesthésie, Réanimations, Urgences, Douleur et SAMU 30, CHU de Nîmes, Comité des Urgences, SFAR)

Dr. Patrick GOLDSTEIN (SAMU 59, CHU de Lille, Commission scientifique SAMU de France)

Dr. Philippe LE CONTE (Service d'Accueil des Urgences, Hôtel Dieu, CHU de Nantes, Commission de médecine d'urgence, SRLF)

Dr. Laurent MAILLARD (Service d'Accueil des Urgences et SAMU 47, CHG d'Agen, Commission de médecine d'urgence, SRLF)

Dr. Pierre MARDEGAN (Pôle Départemental des Urgences Hospitalières et SAMU 82, CHG de Montauban, SFMU)

Pr. Bruno RIOU (Service d'Accueil des Urgences, CHU Pitié-Salpêtrière, Paris, Comité des urgences, SFAR)

Dr. Bernard VERMEULEN (Division des Urgences Médico-chirurgicales, Hôpital Universitaire de Genève, SFMU).

Bien que les urgences vitales ne constituent qu'une minorité des cas dans un service d'urgence, elles nécessitent une stratégie préétablie d'organisation des moyens humains et matériels. Les sociétés savantes représentant les principaux acteurs participant à la prise en charge des urgences vitales au sein des services d'urgence (Société Francophone de Médecine d'Urgence, SAMU de France, Société Française d'Anesthésie et de Réanimation, Société de Réanimation de Langue Française) ont mandaté un groupe d'experts afin d'établir des recommandations pour la Salle d'Accueil des Urgences Vitales (SAUV). En l'absence d'éléments réglementaires ou législatifs précis concernant la SAUV (1-7), ces recommandations sont destinées à l'ensemble des acteurs médicaux et paramédicaux, qui concourent à la prise en charge des urgences, et aux responsables administratifs des établissements de santé.

1. Définition

La SAUV ou salle de déchocage, est un lieu d'accueil, au sein du service d'urgence, des patients ayant une détresse vitale existante ou potentielle. L'objectif de cette conférence d'experts est de proposer des recommandations pour l'organisation et le fonctionnement d'une SAUV dans le cadre d'un service d'accueil des urgences (SAU) ou d'une unité de proximité d'accueil, de traitement et d'orientation des urgences (UPATOU). Les pôles spécialisés d'urgence (POSU) non pédiatriques déterminent, en fonction du type de patients pris en charge, si une SAUV doit ou non être mise en place. Si une SAUV est mise en place, ces recommandations s'y appliquent.

Les principes directeurs d'une SAUV sont les suivants :

- la SAUV est ouverte 24 h/24 ;
- la SAUV ne correspond ni à un lit de réanimation ni à un lieu d'hospitalisation ;
- la SAUV doit être libérée dès que possible ;
- la SAUV est polyvalente, médico-chirurgicale.

Certains centres ont utilisé une structure accueillant régulièrement et spécifiquement des patients ayant une détresse vitale (salle de surveillance post-interventionnelle, unité de réanimation d'urgence) comme SAUV. La SAUV ne se substitue pas à ces structures et ces structures ne se substituent pas à la SAUV. Toutefois, une telle organisation peut être maintenue, à condition que ces structures soient à proximité immédiate des urgences, que les emplacements nécessaires pour remplir cette fonction de SAUV et les règles de fonctionnement suivent l'ensemble des recommandations énoncées dans ce texte (cf paragraphe 6.2). Par conséquent, toute restructuration architecturale à venir devra intégrer la SAUV au sein du service d'urgence.

Ces recommandations excluent la prise en charge des urgences pédiatriques, et notamment les POSU pédiatriques, qui devront faire l'objet d'un texte de recommandations complémentaires.

2. Critères d'admission

L'admission dans une SAUV concerne tous les patients en situation de détresse vitale existante ou potentielle.

La décision d'admission d'un patient dans la SAUV est prise par le médecin du service des urgences, et, le cas échéant, par l'infirmière d'accueil et d'orientation (IAO) des urgences, le médecin du SMUR, ou le médecin régulateur du SAMU. Dans ce cadre, cette décision doit s'appuyer sur des procédures cliniques, si possible à partir de scores de gravité validés et partagés.

La prise en charge des urgences internes de l'établissement dans la SAUV doit rester exceptionnelle. En l'absence d'alternative, la décision repose sur le médecin responsable de la SAUV ou de son représentant désigné.

3. Architecture

3.1 Localisation

La SAUV doit être située de préférence dans l'enceinte du service des urgences, sinon à proximité immédiate. Son emplacement doit permettre de réduire les durées de transport du patient entre le sas d'entrée des urgences, la SAUV, et le plateau technique : imagerie médicale, réanimation, bloc opératoire.

3.2 L'accès

Une signalétique spécifique de la SAUV doit être mise en place dès l'arrivée au service des urgences. Les couloirs entre le sas d'arrivée, les urgences, et la SAUV doivent être de plain pied. Ces couloirs et ceux donnant accès au plateau technique (imagerie médicale, réanimation, bloc opératoire) sont larges, permettant le croisement de brancards, sans mobilier pour ne pas entraver la circulation.

3.3 Structure

La SAUV peut comporter un ou plusieurs emplacements (poste de soin pour un patient) répartis dans une ou plusieurs pièces.

Le nombre d'emplacements dans la SAUV doit être adapté à son activité (nombre de passages aux urgences, gravité des patients, durée attendue de séjour dans la SAUV), et dans tous les cas celle-ci comporte :

- au moins 1 emplacement pour les services d'Urgence non SAU ;
- au moins 2 emplacements pour les service d'urgence dont l'activité est supérieure à 15 000 passages/an et pour les SAU (7).

La SAUV doit comporter, par emplacement :

- au moins deux prises pour l'oxygène;
- au moins une prise pour l'air ;
- au moins trois prises pour le vide;
- au moins six prises pour l'électricité ; il est souhaitable qu'au moins deux de ces prises soient sécurisées ;
- au moins un système d'accrochage des perfusions ;
- un support pour les appareils de surveillance et les pousse-seringues.

Une SAUV ne doit pas avoir une surface inférieure à 25 m². Lorsqu'il y a plusieurs emplacements, ceux-ci doivent avoir une surface minimale de 15 m² par emplacement, hors rangements. Les rangements de la SAUV sont exclusivement réservés au matériel nécessaire à la prise en charge des patients admis dans la SAUV.

La SAUV doit comporter, par pièce :

- au moins un site de lavage des mains;
- au moins un dispositif permettant d'afficher les radiographies;
- au moins un plan de travail.

La SAUV doit comporter les moyens de communication suivants:

- au moins un téléphone par pièce avec accès vers l'extérieur;
- au moins un téléphone dédié à une liaison spécifique avec le SAMU pour la SAUV.
- un dispositif d'appel de renfort sans quitter la pièce.

En outre, il est souhaitable que la SAUV dispose d'un ordinateur avec accès au réseau hospitalier et de la possibilité d'effectuer un transfert d'images.

L'alimentation électrique doit permettre le branchement d'appareils lourds tels que amplificateur de brillance, appareil pour radiographies mobiles, échographe, dans chaque pièce.

Chaque emplacement doit disposer d'un éclairage permettant la réalisation de gestes techniques. Un dispositif d'éclairage mobile complémentaire doit être disponible. Il doit être possible de faire l'obscurité pour la réalisation d'échographies.

4. Equipement

Deux niveaux d'équipement minimum sont recommandés, l'un pour les services d'urgences non SAU (Niveau 1), l'autre pour les SAU (Niveau 2). Toutefois, certaines structures non SAU doivent s'équiper selon les critères d'un SAU, en raison d'une activité particulière (quantitative ou qualitative) et/ou d'un isolement géographique particulier. Ces recommandations s'entendent par emplacement, sauf indication contraire, par pièce (PP) ou par SAUV (PS)

4.1 Niveau 1

a) Réanimation respiratoire

- Des dispositifs permettant l'administration des fluides médicaux (bouteilles, manodétendeurs, masques, sondes, nébuliseurs) et une bouteille d'oxygène de secours (PP).
- Un ventilateur automatique au moins de type transport, permettant une ventilation contrôlée et assistée ainsi que la PEP. Il doit être équipé d'un monitoring de la ventilation (mesure des volumes expirés, des pressions générées) avec des systèmes d'alarme conformes à la réglementation (alarmes sonores assujetties aux variations de pression hautes et basses et si possible assujetties à la spirométrie) (PP).
- Un dispositif permettant de réaliser une ventilation non invasive est souhaitable (PS).
- Un nécessaire pour l'intubation trachéale, un insufflateur manuel associé à un réservoir enrichisseur d'oxygène, avec des masques adaptés à la taille des patients.
- Du matériel adapté au cas d'intubation difficile (PP).
- Un aspirateur électrique de mucosités et un jeu de sondes d'aspiration protégées (PP).
- Un dispositif d'aspiration manuel de secours (PP).
- Un monitoring de la saturation pulsée en oxygène (avec affichage des courbes souhaité), et un monitoring par capnographe du CO₂ expiratoire (monitorage quantitatif avec courbes souhaitable) (PP).
- Un appareil permettant la mesure du débit expiratoire de pointe (PP).
- Un dispositif de drainage thoracique (PP).

b) Réanimation cardio-vasculaire

- Un monitoring électrocardioscopique.
- Un appareil de mesure automatique de la pression artérielle et un appareil manuel avec brassards adaptés à la taille des patients (PP).

- Un défibrillateur (PS)
- Un dispositif de stimulation transthoracique (PS).
- Un appareil d'électrocardiographie multipiste (PS).
- Au moins deux pousse-seringues électriques.
- Les matériels permettant l'accès veineux périphérique ou central, sous forme pré-conditionnée
- Les dispositifs permettant l'accélération et le réchauffement de perfusion (PP), l'autotransfusion (PS), le garrot pneumatique (PS).
- Un kit transfusionnel (PP).
- Un appareil de mesure de l'hémoglobine (PP).
- Un aimant pour contrôle des dispositifs implantés (PS).

c) Médicaments

- L'ensemble des médicaments pour la réanimation des défaillances respiratoires, circulatoires ou neurologiques.
- Les différents solutés de perfusion et de remplissage.
- Les médicaments nécessaires à la prise en charge des patients selon une liste pré-établie et connue de tous, comportant notamment les analgésiques, les sédatifs, les antibiotiques, les catécholamines, les thrombolytiques, et les principaux antidotes.

d) Immobilisation

- Un matelas à dépression et/ou un dispositif de transfert (PP) et plusieurs dispositifs adaptés d'immobilisation du rachis et des membres.

e) Divers

- Un brancard radio-transparent adapté aux gestes de réanimation, au transport du malade, à la contention.
- Un appareil de mesure de la glycémie capillaire (PP).
- Des thermomètres, dont un doit être adapté à la mesure de l'hypothermie (PS).
- Un dispositif de réchauffement corporel (PP).
- Un lot de sondes gastriques et de poches de récupération (PP).
- Un dispositif de drainage urinaire, y compris un dispositif de drainage sus-pubien (PP).
- Mise à disposition d'un appareil d'imagerie mobile et d'un échographe (PS).

Il est possible à tout moment de mobiliser un patient ventilé avec l'ensemble de son monitoring et les dispositifs assurant la continuité de son traitement (8,9).

4.2 Niveau 2

Tous les moyens recommandés au niveau 1 doivent être présents. Les moyens supplémentaires nécessaires par rapport au niveau 1 :

- Au moins un ventilateur dit de réanimation, permettant plusieurs modes ventilatoires, en volume ou en pression (PS).
- La SAUV doit disposer de moyens propres permettant de mobiliser un patient ventilé avec l'ensemble de son monitoring et les dispositifs assurant la continuité de son traitement.

Il est souhaitable que la SAUV puisse disposer des techniques suivantes :

- mesure de la pression artérielle invasive (PP).
- fibroscopie bronchique (PS).

5. Durée de prise en charge

Elle doit être la plus courte possible (Cf. Définition). Aussi, le médecin de la SAUV doit avoir un objectif, la prise en charge immédiate, continue, et coordonnée du patient pour la remise en disponibilité rapide de la SAUV.

6. Collaboration

6.1 Relation avec le SAMU-SMUR

Bien que l'admission directe dans un service spécialisé soit chaque fois privilégiée (10), les relations entre le SAMU et la SAUV sont essentielles pour l'admission et l'orientation du patient. Ces relations concernent au quotidien la prise en charge des patients, la coordination des acteurs étant un facteur essentiel de qualité. Le SAMU prévient la SAUV d'éventuelles difficultés d'aval pour les patients graves liées à l'absence de lits disponibles en réanimation.

Les patients amenés par le SMUR dans la SAUV sont systématiquement annoncés par le SAMU. Le SMUR indique toute modification de l'état clinique du patient. Le médecin du SMUR peut à tout moment demander à être en relation avec le médecin de la SAUV par l'intermédiaire de la régulation du SAMU. La transmission du patient se fait de médecin à médecin et d'infirmier à infirmier. Le dossier patient doit être complet et vérifié. L'équipe du SMUR ne quitte le patient que lorsque l'ensemble des transmissions est effectué et que la sécurité du malade est assurée.

Les modalités de l'ensemble des transferts interhospitaliers médicalisés à partir de la SAUV se décident entre le médecin de la SAUV et le médecin régulateur, même si l'établissement siège de la SAUV dispose d'un SMUR.

6.2 Relations et collaboration avec les autres services

a) Anesthésie-réanimation et réanimations

La SAUV établit des procédures avec le service d'anesthésie-réanimation et/ou les services de réanimation lorsqu'ils existent dans l'établissement. Dans ce cas, l'anesthésiste réanimateur et/ou le réanimateur doit venir renforcer la SAUV à la demande de l'équipe de la SAUV.

Dans le cas où la SAUV a été intégrée provisoirement dans une structure accueillant régulièrement et spécifiquement des patients ayant une détresse vitale (salle de surveillance postinterventionnelle, unité de réanimation d'urgence) (cf paragraphe 1), un contrat entre les deux services doit clairement en définir le fonctionnement.

b) Les consultants

La SAUV doit disposer des listes actualisées de gardes et d'astreintes de l'ensemble des spécialistes de l'établissement et doit pouvoir à tout moment les contacter sans passer par leur service d'origine. Tous ces médecins de garde ou d'astreinte doivent intervenir selon des modalités et des délais définis à l'avance par discipline et figurant dans un règlement intérieur validé par les instances médico-administratives de l'établissement. Par ailleurs, la SAUV doit disposer d'une liste actualisée de médecins spécialistes des principales disciplines non couvertes par la permanence médicale de l'établissement et pouvant être sollicités.

c) Services médico-techniques

La SAUV doit disposer d'un accès privilégié au service d'imagerie. Si une partie du plateau technique n'est pas dédiée au service des urgences, des priorités doivent être définies permettant la réalisation sans délai des examens urgents.

La SAUV doit disposer d'un accès privilégié au(x) laboratoire(s) de l'établissement ou rattaché(s), permettant d'accélérer l'obtention des résultats. Une biologie délocalisée est mise en place s'il n'y a pas d'alternative dans l'établissement.

d) Services d'aval

Les patients présents dans la SAUV doivent être acceptés en priorité et sans délai dès lors que leur départ peut être envisagé, permettant de maintenir une capacité d'accueil pour les patients présentant une menace vitale. Les protocoles de transfert vers les services de l'établissement doivent détailler le personnel prenant en charge ce transfert interne et le matériel engagé (10). Ces transferts ne doivent pas compromettre la sécurité de la SAUV.

d) Contractualisation

L'ensemble des collaborations nécessaires au fonctionnement en sécurité de la SAUV doivent faire l'objet d'un protocole d'accord validé par les instances médico-administratives de l'établissement.

7. Ressources humaines

Le chef de service des urgences est responsable de l'organisation de la SAUV ou délègue cette responsabilité à un médecin de l'établissement. Par ailleurs, un médecin nominativement identifié est en permanence mobilisable pour assurer la responsabilité de l'accueil et de la prise en charge des patients dans la SAUV.

Le cadre infirmier supérieur des urgences est responsable de l'organisation paramédicale ou délègue cette responsabilité à un cadre infirmier ou un(e) infirmier(e), nominativement identifié(e). Par ailleurs, un(e) infirmier(e) et un aide-soignant ou un agent hospitalier au moins sont en permanence mobilisables pour être affectés à l'accueil et la prise en charge des patients dans la SAUV.

7.1 Formation de l'équipe soignante affectée à la SAUV

Le personnel médical et paramédical (infirmier(e) et aide-soignante(e) ou agent hospitalier) affecté à la SAUV doit avoir bénéficié d'une formation lui permettant de prendre en charge l'ensemble des situations menaçant le pronostic vital et doit donc maîtriser un ensemble de procédures techniques et thérapeutiques. De plus, tout personnel affecté à la SAUV doit avoir bénéficié d'une formation d'adaptation à l'emploi. Sur le plan du savoir-être, il est important que le personnel affecté à la SAUV sache rester calme et communiquer avec les membres de l'équipe ainsi qu'avec les référents extérieurs et l'entourage du patient.

7.2 Equipe soignante affectée à la SAUV

L'effectif de la SAUV dépend du flux de patients, mais est au minimum d'un médecin, d'un(e) infirmier(e), et d'un(e) aide-soignant(e) ou agent hospitalier par SAUV, quels que soient l'heure et le jour de la semaine. Ce personnel peut exercer d'autres fonctions, mais doit pouvoir se libérer immédiatement. Il est ainsi impossible, sauf circonstances exceptionnelles, que le médecin en charge de la SAUV assure également les fonctions de médecin régulateur au SAMU et/ou *a fortiori* les interventions de SMUR, s'il est seul pour assurer simultanément ces missions.

8. Procédures et protocoles

Il est établi que l'application de procédures clairement identifiées par chaque membre d'une équipe et placées sous la responsabilité d'un coordinateur permet d'améliorer la performance de tous.

La coordination des activités de chaque membre d'une équipe n'est pas spontanée, et demande une préparation où il faut distinguer une identification du rôle de chacun, une standardisation des procédures, une capacité de communication de chaque membre de l'équipe, et l'identification d'un chef d'équipe lorsqu'un événement survient. Il est important que les procédures suivantes soient mises en place dans la SAUV :

- I. Procédure d'alerte.
- II. Procédures d'appel des membres de l'équipe.
- III. Procédures de recours à un avis spécialisé.
- IV. Préparation de la SAUV.
- V. Organisation du travail.
- VI. Accueil du patient et sa prise en charge initiale.
- VII. Protocoles de prise en charge des pathologies les plus fréquemment rencontrées, réalisés à partir des données de la médecine basée sur les preuves.
- VIII. Critères et modalités de transfert inter ou intra hospitalier.
- IX. Contenu des informations à transmettre avec le patient.
- X. Formation de l'adaptation à l'emploi à la SAUV (médecins, infirmier(e)s, aidesoignant(e)s ou agent hospitalier).

La liste nominative, actualisée en permanence, de l'équipe affectée à la SAUV doit être affichée dans la SAUV. Cette liste affichée comporte obligatoirement le moyen d'appel d'urgence du personnel affecté à la SAUV.

L'ensemble du matériel doit être prêt à une utilisation immédiate. Le matériel est vérifié après chaque utilisation et au moins une fois par jour. La maintenance est effectuée au moins une fois par jour, grâce à la vérification régulière par le personnel de check-lists, régulièrement mises à jour. La vérification quotidienne du matériel (check-list) se fait par attribution nominative, sous la responsabilité du cadre infirmier, et apparaît dans un registre *ad hoc*.

9. Evaluation

Comme pour le reste de l'activité du service, un registre de l'activité de la SAUV doit être mis en place et comporter au minimum les items suivants :

- Etat civil et origine du patient ;
- Mode d'admission ;
- Horaires et durée de prise en charge dans la SAUV ;
- Motif d'admission dans la SAUV ;
- Actes diagnostiques et thérapeutiques réalisés lors de la prise en charge du patient par la SAUV ;
- Devenir et orientation du patient.

Il est souhaitable de prévoir que soit régulièrement assurée une analyse qualitative des dossiers des patients pris en charge dans la SAUV dans le cadre d'une démarche qualité et une analyse collective par l'ensemble de l'équipe des situations ayant conduit à un dysfonctionnement ou un décès du patient.

Bibliographie

1. Décret n°95-647 du 9 mai 1995 relatif à l'accueil et au traitement des urgences dans les établissements de santé et modifiant le Code de la Santé Publique (deuxième partie : Décrets en Conseil d'Etat). Journal Officiel n° 109, 10 mai 1995, 7686-88 (www.journal-officiel.gouv.fr)
2. Décret n°95-648 du 9 mai 1995 relatif aux conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les établissements de santé pour être autorisés à mettre en oeuvre l'activité de soins Accueil et Traitement des Urgences et notifiant le Code de la Santé Publique (troisième partie : décrets). Journal Officiel n° 109, 10 mai 1995, 7688-89. (www.journalofficiel.gouv.fr)
3. Décret n°97-615 du 30 mai 1997 relatif à l'accueil et au traitement des urgences dans les établissements de santé ainsi qu'à certaines modalités de préparation des schémas d'organisation sanitaire et modifiant le code de la santé publique (deuxième partie : Décrets en Conseil d'Etat) Journal Officiel n° 109, 10 mai 1995, 8625-27 (www.journal-officiel.gouv.fr)
4. Décret n°97-616 du 30 mai 1997 relatif aux conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les établissements de santé pour être autorisés à mettre en oeuvre l'activité de soins "accueil et traitement des urgences " et modifiant le code de la santé publique (troisième partie :Décrets). Journal Officiel n° 126, 1^{er} juin 1997, 8627-28 (www.journalofficiel.gouv.fr).

5. Décret n°97-620 du 30 mai 1997 relatif aux conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les établissements de santé pour être autorisés à mettre en oeuvre des services mobiles d'urgence et de réanimation et modifiant le code de la santé publique (troisième partie : Décrets).
Journal Officiel n° 126, 1^{er} juin 1997, 8632 (www.journalofficiel.gouv.fr)
6. Société Francophone de Médecine d'Urgence. Critères d'évaluation des Services d'Urgence. Mars 2001 (www.sfmou.org)
7. Circulaire n° DH.4B/D.G.S. 3E/91-34 du 14 mai 1991, relative à l'amélioration des services d'accueil des urgences dans les établissements hospitaliers à vocation générale : Guide d'organisation
8. Recommandations concernant les transports médicalisés intrahospitaliers. Société Française d'Anesthésie et de Réanimation, 1994 (www.sfar.org/recomintrahospitalie.html)
9. Recommandations concernant la surveillance des patients au cours des transferts interhospitaliers médicalisés. Société Française d'Anesthésie et de Réanimation, 1992 (www.sfar.org/recominterhospitalie.html)
10. Recommandations concernant les modalités de la prise en charge médicalisée préhospitalière des patients en état grave. Société Française d'Anesthésie et de Réanimation et SAMU de France, 2001 (<http://www.sfar.org/recomprehospi.html>)

De nos jours, la qualité des soins est une préoccupation de chacun. Le service d'Accueil-urgence est la porte d'entrée de nombreux patients et qui requiert des qualités personnelles et professionnelles, de la part des agents qui y travaillent, bien particulières. Leur polyvalence est indispensable. De plus en plus, ces services ont un accroissement de leur activité et le turn-over des infirmiers qui y travaillent est important. Pour ne pas nuire à la pratique et à la qualité des soins dispensés en urgence, il doit être mis en place des systèmes de formation adéquate aux nouveaux infirmiers exerçant dans ces services car l'apprentissage par les « anciens » devient de moins en moins possible du fait de la jeunesse du corps infirmier et du turn-over important. La qualité à raison de la compétence comme la compétence à raison de la formation. Ce concept QUALITE-COMPETENCE-FORMATION est indissociable de la bonne pratique infirmière en Service d'Accueil-Urgence.

