



ECOLE DES INFIRMIERS ANESTHESISTES
HOPITAL DE LA SALPETRIERE

DIPLOME D'ETAT D'INFIRMIER ANESTHESISTE
TRAVAIL D'INTERET PROFESSIONNEL

SPECIFICITE DES COMPETENCES DE L'INFIRMIER ANESTHESISTE EN S.M.U.R



NOTE AUX LECTEURS

Le travail d'intérêt professionnel des étudiants de l'école des infirmiers anesthésistes de l'AP-HP, groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière, est un travail réalisé au cours de la formation.

Les opinions exprimées n'engagent que les auteurs.

Le travail d'intérêt professionnel ne peut faire l'objet d'une publication, en tout ou partie, sans l'accord de ses auteurs et de l'école des infirmiers anesthésistes.

REMERCIEMENTS

Je tiens tout d'abord à remercier Stéphane DUPUIS, cadre infirmier anesthésiste au SMUR Henri Mondor (SAMU 94) et directeur de ce mémoire. C'est grâce à son implication particulière que ce travail a pu être mené à son terme. Il m'a permis de travailler dans d'excellentes conditions

Merci à toutes les personnes qui m'ont aidé par leurs connaissances, leur expérience, leur enthousiasme, leur motivation, leur sincérité et souvent leur réalisme, parmi lesquelles :

- Palig KERVORKIAN, IADE au SMUR (75)
- Emmanuel CASSANAS, ancien cadre IADE au SMUR d'Eaubonne (95)
- Agnès GOUDE, IADE au SMUR de Garches (92)
- Valérie POIRIER, IADE au SMUR de Garches (92)
- Marie-Ange SAGET, IADE
- Thierry FAUCON, cadre IADE
- Bruno GUARRIGUE, cadre IADE au SMUR Avicenne (SAMU 93)

A Seb, en qui Matlab® a trouvé son maître...

" La franchise ne consiste pas à dire tout ce que l'on pense, mais à penser tout ce que l'on dit. "

H. de Livry

SOMMAIRE

I. CADRE THEORIQUE	14
I-1. Le Service d'Aide Médicale d'Urgence	14
I-1-a. Historique de la médecine préhospitalière	14
I-1-b. Organisation et missions du Service d'Aide Médicale Urgente	17
I-1-c. Organisation et missions du Service Mobile d'Urgence et de Réanimation	20
I-2. L'infirmier diplômé d'Etat	24
I-2-a. Déroulement de la formation	24
I-2-b. Formation aux soins d'urgence	25
I-3. La spécialité d'infirmier anesthésiste	26
I-3-a. Généralités	26
I-3-b. Profil type de l'infirmier anesthésiste	30
I-4. Notions de compétence	31
I-4-a. Définitions	31
I-4-b. Notions de compétence appliquée au SMUR	32
I-5. Compétences spécifiques de l'IADE en SMUR	33
I-5-a. Réglementation et Recommandations	34
I-5-b. Soins techniques d'urgence, de sauvetage et de réanimation	35
I-5-c. Anesthésie, Sédation et autres	36
I-5-d. Physiologie et Physiopathologie	36
I-5-e. Vigilances (pharmacovigilance, hémovigilance et matériovigilance)	36
I-5-f. Encadrement, Enseignement et Recherche	37
I-5-g. Situations d'exception	38
II. METHODE DE RECUEIL DES DONNEES	39
II-1. Choix de l'outil d'enquête	39
II-2. Choix des lieux d'enquête	40
II-3. Populations concernées par l'enquête	41

"Spécificité des compétences de l'infirmier anesthésiste en SMUR"

Ludovic SCHAUB, Avril 2006.

II-4. Limites de l'enquête	41
II-5. Difficultés rencontrées	41
III. PRESENTATION ET ANALYSE DES RESULTATS	43
III-1. Généralités	43
III-2. Méthode de présentation	44
III-3. Données sociologiques	44
III-3-a. Statut (<i>IADE 1.1, IDE 1.1, MED 1.1</i>)	44
III-3-b. Sexe (<i>IADE 1.2, IDE 1.2, MED 1.2</i>)	45
III-3-c. Age (<i>IADE 1.3, IDE 1.3, MED 1.3</i>)	47
III-3-d. Ancienneté (<i>IADE 1.4 et 1.5, IDE 1.4</i>)	49
III-4. Caractéristiques des SMURS concernés	52
III-4-a. Régions d'implantation des SAMU-SMUR (<i>IADE 2.1, IDE 2.1, MED 2.1</i>)	52
III-4-b. Taille des SAMU-SMUR (<i>IADE 2.4, IDE 2.4, MED 2.4</i>)	53
III-4-c. Dotation des SAMU-SMUR en véhicules (<i>IADE 2.3, IDE 2.3, MED 2.3</i>)	54
III-4-d. Activité des SAMU-SMUR (<i>IADE 2.5, IDE 2.5, MED 2.5</i>)	55
III-4-e. Personnel non médical dans les SMUR (<i>IADE 2.6, IDE 2.6, MED 2.6</i>)	57
III-5. Exercice au quotidien des répondants	57
III-5-a. Ancienneté en SMUR (<i>IADE 3.1, IDE 3.1, MED 3.1</i>)	57
III-5-b. Polyvalence des IADE, des IDE, et des médecins (<i>IADE 3.2, IDE 3.2, MED 3.2</i>)	58
III-5-c. Nature des interventions effectuées (<i>IADE 3.3, IDE 3.3, MED 3.3</i>)	60
III-5-d. Médecins présents en intervention (<i>IADE 3.4, IDE 3.4</i>)	60
III-5-e. Présence d'un ambulancier en SMUR (<i>IADE 3.5, IDE 3.5, MED 3.4</i>)	61
III-5-f. Amplitude horaire des médecins (<i>MED 3.6</i>)	61
III-6. La spécialité d'anesthésie	62
III-6-a. Missions transversales des IDE et des IADE (<i>IADE 4.1, IDE 4.1</i>)	62
III-6-b. Projets de spécialisation des IDE (<i>IDE 4.3</i>)	64
III-6-c. Une future spécialisation d'IDE « urgentiste » ? (<i>IDE 4.4</i>)	65
III-6-d. Avis sur la spécialité d'anesthésie en SMUR (<i>IADE 4.2, IDE 4.4</i>)	65
III-6-e. Reconnaissance de la spécialité d'anesthésie (<i>IADE 4.3</i>)	66
III-6-f. Formations supplémentaires des IDE de SMUR (<i>IDE 4.5</i>)	66
III-6-g. Evaluation et auto-évaluation des compétences des IADE et des IDE en SMUR (<i>IADE 4.4, IDE 4.7, MED 4.1</i>)	67

III-6-h. Polyvalence indispensable pour les IADE (<i>IADE 4.5</i>)	71
III-6-i. Critères de recrutement des IDE & IADE en SMUR (<i>MED 4.3</i>)	71
III-6-j. Formation complémentaire d'adaptation au SMUR (<i>MED 4.3</i>)	72
III-6-k. Ancienneté de la présence d'IADE dans les SMUR (<i>IADE 4.6, IDE 4.8, MED 4.4</i>)	73
III-6-l. Nombre d'IADE présents en SMUR (<i>IADE 4.7, IDE 4.9, MED 4.5</i>)	73
III-6-m. Créations de postes d'IADE (<i>IADE 4.8, IDE 4.10, MED 4.6</i>)	74
III-6-n. Fiches de poste des IDE et des IADE (<i>IADE 4.9, IDE 4.11, MED 4.7</i>)	74
III-6-o. Raisons de la rareté des IADE en SMUR (<i>IADE 4.10, IDE 4.12, MED 4.8</i>)	75
III-6-p. Engager plus d'IADE en SMUR ? (<i>MED 4.9</i>)	76
IV. CONCLUSION	77
V. BIBLIOGRAPHIE	79
V-1. OUVRAGES	79
V-2. ouvrages collectifs, Congrès, Conférences	80
V-3. REVUES et PERIODIQUES	81
V-4. THESES et MEMOIRES	83
V-5. LOIS ET DECRETS	84
V-6. RECOMMANDATIONS	85
V-7. PRINCIPALES REFERENCES ELECTRONIQUES	85
VI. ANNEXES	87
VI-1. Outil d'enquête	87
VI-1-a. Annexe 1.1 : Mail de présentation	87
VI-1-b. Annexe 1.2 : Page d'accueil	89
VI-1-c. Annexe 1.3 : Questionnaire Médecins	91
VI-1-d. Annexe 1.4 : Questionnaire Infirmier(e)s	94
VI-1-e. Annexe 1.5 : Questionnaire Infirmier(e)s anesthésistes	97
VI-2. ANNEXE 2 : Circulaire DHOS/01 n° 2004-151 du 29 mars 2004 relative au rôle des SAMU, des SDIS et des ambulanciers dans l'aide médicale urgente	100

VI-3. ANNEXE 3 :Extrait du Décret n°97-620 du 30 Mai 1997 sur les Services Mobiles d’Urgences et de Réanimation. 107

VI-4. ANNEXE 4 :Extrait du Décret n°2004-802 du 29 Juillet 2004 relatif à l’exercice des actes de la profession d’infirmier, (partie IV et V) : annexe 109

INTRODUCTION

Le Service d'Aide Médicale Urgente (SAMU) existe officiellement depuis 36 ans. Il est communément admis que le « modèle français » est l'un des meilleurs du monde. Les équipes soignantes qui se déplacent sont rapides, médicalisées, spécialisées et disposent d'un matériel important. De plus, la régulation des appels et l'orientation des moyens de secours sont assurés par des personnels qualifiés dont le responsable est un médecin anesthésiste réanimateur.

De sa création en 1970 à ce jour, les Services Mobiles d'Urgence Réanimation (SMUR) ont connu une évolution constante, aussi bien dans la composition de ces équipes que dans leur structure. Le SMUR est passé d'une structure sans aucun cadre législatif à un statut de service hospitalier à part entière, dont les missions, les objectifs et les modalités de fonctionnement sont régies et définies par des textes de lois et recommandations de sociétés savantes (SFAR, SFMU, SAMU de France...).

Malgré l'uniformité théorique des SAMU-SMUR, on constate une hétérogénéité flagrante des fonctionnements selon les structures, principalement en ce qui concerne la composition des équipes de secours.

Le décret 97-621 du 30 mai 1997 définit avec précision les moyens humains et matériels dont doit se doter l'hôpital pour pouvoir exercer une activité SMUR. Dans ce texte il est fait mention de la composition des équipes de ce mur. Le responsable de l'intervention est obligatoirement un médecin titulaire de la capacité d'aide médicale urgente (CAMU), la présence d'un ambulancier titulaire du CCA est obligatoire, de même que la présence d'un infirmier. Sans mentionner de spécialité particulière, le texte de loi indique que l'infirmier est indispensable quand l'activité du SMUR concerne des soins d'urgence et de réanimation. Ce qui est par définition l'essence même de toute intervention en SMUR. Ce même décret

"Spécificité des compétences de l'infirmier anesthésiste en SMUR"

Ludovic SCHAUB, Avril 2006.

recommande de préférer un IADE dans certaines activités liées à l'urgence. Si cette recommandation ne s'est pas transformée en contrainte réglementaire, il paraît probable que cela est plus lié à des problèmes de démographie professionnelle et budgétaire qu'à des doutes sur son intérêt.

De nombreuses publications et les recommandations de la société française d'anesthésie réanimation (soir) définissent l'infirmier anesthésiste comme étant le collaborateur idéal du médecin pour la prise en charge et le transport de patients dans un état grave.

On ne peut pas douter ici du fait de que la formation et l'expérience des soignants concourent à la qualité des soins délivrés en SMUR.

Après de nombreuses conversations et entrevues informelles avec les professionnels concernés, il nous est apparu que les raisons de la disparité des IADE dans les SMUR en France sont plus complexes que cela.

Pour traiter du problème de la disparité des IADE dans les SMUR de France, nous avons choisi de recueillir l'avis des personnels qui exercent en SMUR. Afin d'être le plus objectif possible, nous avons décidé d'interroger indifféremment les IDE, les IADE et les médecins de SMUR.

Le travail présenté ici a pour objectif d'infirmier ou de confirmer l'hypothèse suivante : « Les formations initiales et continues et l'expérience professionnelle de l'infirmier anesthésiste garantissent l'utilité de ses compétences propres au sein d'une équipe de SMUR »

LISTE DES ABREVIATIONS

- ACLS: Advanced cardiac life support.
- ALR : anesthésie loco régionale
- AP-HP : Assistance publique hôpitaux de Paris.
- AR : Ambulance de réanimation
- CCA : Certificat de capacité d'ambulancier.
- CAMU : Capacité de médecine d'urgence.
- CRRA : Centre de réception et de régulation des appels.
- DGS : Direction générale de la santé.
- DHOS : Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins.
- DSA : Défibrillateur semi-automatique.
- IADE : Infirmier anesthésiste diplômé d'état.
- IDE : Infirmier diplômé d'état.
- JEPU : Journées d'enseignement post universitaire.
- MAPAR : Mise au point en anesthésie réanimation.
- MAR : Médecin anesthésiste réanimateur.
- NSP : Ne se prononce pas.
- PARM : Permanencière auxiliaire de régulation médicale.
- SAMU : Service d'aide médicale urgente.
- SDIS : Service départemental d'incendie et de secours.
- SFAR : Société Française d'anesthésie réanimation.
- SFMU : Société francophone de médecine d'urgence.
- SMUR : Service mobile d'urgence et de réanimation.
- UMH : Unité mobile hospitalière.
- VL : Véhicule léger
- VVP : Voie veineuse périphérique

I. Cadre théorique

I-1. Le Service d'Aide Médicale d'Urgence

I-1-a. Historique de la médecine préhospitalière

A l'origine...

La conscience de la nécessité d'une action rapide dans certaines circonstances existe déjà dans l'antiquité ; au VI^{ème} siècle avant JC, Hippocrate affirme que « les moments favorables pour intervenir passent promptement et la mort survient si on a trop tardé ».

L'origine de l'Aide Médicale d'Urgence (AMU) est liée à la pratique de la guerre. C'est donc sur les champs de bataille, au début de l'ère chrétienne, que les premières actions de secours à victime ont lieu. Au XI^{ème} siècle, les chevaliers de l'Ordre de Saint Jean de Jérusalem, bénéficiant de la meilleure formation de l'époque acquise auprès des médecins grecs et arabes, dispensent les premiers soins aux blessés des deux camps dans des tentes installées à côté des champs de bataille.



Au XII^{ème} siècle, François 1^{er}, Roi de France, crée le Grand Bureau des Pauvres destiné à secourir les malades trop faibles pour se rendre à l'hôpital.

Le Baron Dominique Larey, chirurgien en chef de la Grande Armée de Napoléon Bonaparte, crée, en 1792, les premières « ambulances volantes ». C'est la première ébauche de l'organisation de l'Aide Médicale Urgente. Le principe est alors d'aller au devant des blessés, jusque sous le feu ennemi, pour prendre en charge les blessures rapidement, prévenant ainsi les complications (infections

notamment). Larey donne la consigne suivante : « On commencera toujours par les plus dangereusement blessés, sans égard aux rangs et aux distinctions. ».

En 1859, lors de la bataille de Solferino, Henri Dunant, bouleversé par le massacre qui se déroule sous ses yeux, porte secours aux blessés avec 300 volontaires, il fondera la Croix-Rouge en 1863.

Lors de la Guerre de Sécession aux Etats-Unis, une véritable organisation moderne du service de santé militaire apparaît, avec des médecins et des infirmiers formés spécialement à cet exercice.

A New York le service des ambulances de l'hôpital Bellevue a été établi en 1869. « *Si le blessé ne paraît pas transportable au poste de police, l'alerte est donnée directement à l'hôpital par l'appareil télégraphique le plus proche. 43 secondes après... L'ambulance sort de l'hôpital. Ces voitures sont légères et attelées d'un seul cheval. À l'intérieur se trouve un brancard monté sur un rail, dans une caisse sont aménagés des instruments, des médicaments... Le médecin est assis à l'arrière et le cocher actionne au pied une sonnerie afin de demander le passage.* »

Les premières évacuations sanitaires par voie aérienne se réalisent lors du siège de Paris en 1870 (160 blessés évacués par ballon d'observation).

Durant cette période, la révolution industrielle entraîne une multiplicité des accidents civils. Les moyens de locomotion se développant, on découvre des traumatismes liés à l'automobile, au machinisme agricole, aux chemins de fer. Les incendies célèbres entraînent le développement des moyens de secours et de prévention. À Madrid vers 1835 un service de brancardiers parcourt la ville à la recherche de blessés.

En 1884, un service d'ambulances municipales à Paris, basée à l'Hôtel-Dieu, voit le jour mais cette initiative ne connaît pas de lendemain¹.



¹ V.Ogel, JM.Duquesne - « Historique de l'aide médicale urgente » - SOINS, N°593, Février 1995.

Les Premiers SMUR

En 1956, à la suite d'une épidémie de poliomyélite à forme respiratoire, le Ministère de la Santé charge le laboratoire expérimental de physique de l'Assistance-Publique, d'étudier les possibilités de transport des patients insuffisants respiratoires.

C'est la création du premier SMUR : véritable unité de réanimation qui se déplace et permet la médicalisation des premiers secours. Le professeur Lareng aménage un fourgon avec un poumon d'acier et une équipe composée d'un médecin et d'une infirmière en région Midi-Pyrénées.

Louis Serre réalise durant cette période un transfert de 1000 Km avec un patient ventilé manuellement.

C'est dans les années 60, qu'une poignée de médecins (de la toute nouvelle spécialité d'anesthésie réanimation) prend conscience de la disproportion entre les moyens impressionnants mis en œuvre à l'hôpital à l'arrivée d'un blessé et ceux, plus archaïques, utilisés dans la phase préhospitalière.

Les premières structures comparables aux SAMU actuels sont créées, en 1965, à Toulouse et à Dijon. Le Ministère de la Santé prévoit par eux la coordination entre les différents intervenants de l'urgence.

Dans les années 1960-70, des médecins, pionniers de la médecine préhospitalière, équipent comme ils le peuvent des ambulances avec du matériel de récupération. Dans un scepticisme général, y compris de la part de leurs confrères anesthésistes hospitaliers, leur initiative reçoit l'aide du Ministère des Transports et du Service de Santé des Armées. Les premiers hélicoptères sont mis alors à la disposition des SAMU. La Sécurité Sociale accepte, à contrecœur, de financer cette nouvelle charge. Une vingtaine de jeunes anesthésistes réanimateurs, rejoignent les premiers médecins (une poignée).

En 1975, toutes les initiatives locales sont regroupées au sein du SNAMU (Syndicat National de l'Aide médicale Urgente). En 1978, le numéro téléphonique 15 est attribué pour les urgences médicales.

Le SAMU

C'est en Janvier 1986 qu'une loi relative à l'aide médicale urgente et aux transports sanitaires est promulguée, rapportée par le Professeur Lareng. Cette loi marque le début de la reconnaissance légale de l'aide médicale urgente (AMU).



Elle est complétée par un décret du 30 novembre 1987 et par une circulaire ministérielle de 1992 qui précisent les missions des SAMU. Nous détaillerons ces missions par la suite.

L'AMU est donc une notion récente et les progrès décisifs dans ce domaine sont postérieurs à la seconde guerre mondiale.

« Maintenant, après l'ère des aventuriers et des pionniers, les SAMU connaissent un succès populaire qui est une consécration. Qui, dans les années 50, aurait imaginé que le très classique hôpital public mettrait au monde une sorte d'enfant naturel turbulent et brillant dont il finirait par être fier ? »².

I-1-b. Organisation et missions du Service d'Aide Médicale Urgente

Les SAMU et les SMUR sont des structures bien différentes. Bien que participant tous deux activement à la prise en charge de l'urgence sur un secteur donné ils sont indépendants et ont des rôles distincts. Exempts de tout lien hiérarchique aux mêmes budgétaires l'un envers l'autre, leur seule articulation est purement opérationnelle, à travers l'application concrète du décret du 30 mai 1997 (fixe les conditions de fonctionnement des SAMU-SMUR). Par définition, il y a dans chaque département, sauf exception, un SAMU et plusieurs SMUR répartis sur le

² V.Ogel, JM.Duquesne - « Historique de l'aide médicale urgente » - SOINS, N°593, Février 1995.

secteur à couvrir. Chacun d'eux est rattaché à un centre hospitalier qui en assume la charge budgétaire.³

Organisation du SAMU

Elle est régit par le Décret du 16 Décembre 1987 relatif aux missions et à l'organisation des unités participant au service d'aide médicale urgente.

C'est un service hospitalier à part entière, dirigé par un praticien hospitalier. Il existe un SAMU par département et son siège est implanté dans un centre hospitalier. On y trouve entre autre le CRRRA-Centre 15 (Centre de réception et de régulation des appels), qui reçoit tous les appels 15 du département, lequel est interconnecté avec les services d'incendie et de secours, de police et de gendarmerie.

Il existe actuellement 104 SAMU sur le territoire français métropolitain et d'outre-mer.

Missions du SAMU

En 1992 une circulaire ministérielle précise les relations entre les services d'incendie et de secours et les moyens hospitaliers d'aide médicale urgente et définit les missions du SAMU⁴.

Les missions et l'organisation du SAMU et du CRRRA-Centre 15 (précisées par le décret du 16 décembre 1987 et la circulaire DHOS/01 n°2004-151 du 29 mars 2004) sont :

- assurer une écoute médicale permanente,
- déterminer et déclencher dans le délai le plus rapide la réponse la mieux adaptée à la nature des appels ,

³ **C.Pineau, D.Janniere** - « Infirmiers anesthésistes dans les situations de catastrophe », *l'urgence préhospitaliere*, Editions Arnette, 2000.

⁴ **Circulaire ministérielle de 1992**, relative aux relations des services d'incendie et de secours et les moyens hospitaliers.

- s'assurer de la disponibilité des moyens d'hospitalisation publics ou privés adaptés à l'état du patient, compte tenu du libre choix, et faire préparer son accueil,
- organiser le cas échéant le transport dans un établissement public ou privé en faisant appel à un service public ou à une entreprise privée de transport sanitaire,
- veiller à l'admission du patient,
- Participation aux plans Blancs, Rouges, Orsec, couverture médicale des grands rassemblements.

Le SAMU est de plus investit, par l'article 6, de missions particulières d'éducation sanitaire, de prévention, de recherche, d'enseignement et de formation continue (au sein du CESU -Centre d'Enseignement des Soins d'Urgence- lui même intégré au SAMU).

C'est le SAMU qui assure le déclenchement et la coordination des interventions du SMUR.

Moyen du SAMU

Pour fonctionner les SAMU nécessitent des moyens humains et matériels très spécifiques.

Moyens matériels

Le SAMU est doté de moyens en télécommunications et en informatique importants. Le système de radiocommunication permet la liaison permanente entre tous les effecteurs des secours (SMUR, SOS médecins, ambulances et VSL...). Le SAMU héberge le CRRA, un local de gestion des situations d'exception, le CESU, et une partie hôtelière permettant aux différents acteurs d'être disponibles à tout moment⁵.

⁵ B.Hospital, F Deschamps - « SAMU, SMUR, CESU : structure et organisation » - JEPU, XXII ème réunion de perfectionnement des infirmiers anesthésistes, PARIS, Editions ARNETTE, 2000.

Moyens humains

Le personnel médical et administratif exerçant au sein du SAMU se compose de :

- un chef de service ;
- des médecins régulateurs ;
- des Permanenciers Auxiliaires de Régulation Médicale ;
- du personnel de secrétariat.

I-1-c. Organisation et missions du Service Mobile d'Urgence et de Réanimation

Organisation du SMUR

Tout comme le SAMU, le SMUR est un service hospitalier à part entière qui dispose d'une ou de plusieurs UMH. C'est l'un des moyens de réponse dont dispose le SAMU, destiné à intervenir à la demande du médecin régulateur selon la nature et la gravité de la détresse portée à sa connaissance.

Il existe généralement plusieurs SMUR par département. Tous les SMUR sont rattachés au SAMU de leur département. On compte actuellement 360 SMUR répartis sur l'ensemble du territoire. Cette répartition est faite de telle manière à ce que toute intervention d'une UMH n'excède pas 20 minutes environ⁶.

Le décret 97-621 du 30 mai 1997 définit avec précision les moyens humains et matériels dont doit se doter l'hôpital pour pouvoir exercer une activité SMUR.

Les missions du SMUR

Le SMUR a pour principale fonction « d'assurer tous les jours, vingt quatre heures sur vingt quatre, hors de l'établissement de santé auquel il est rattaché,

⁶ C.Bertrand, M-J.Raynal, C.Ammirati, P.Goldstein - « Organisation de l'urgence préhospitalière en France, les textes réglementaires, le rôle des Samu » - *Les urgences pré-hospitalières, J.E de La Coussaye, Masson, Avril 2003.*

l'intervention d'une équipe hospitalière médicalisée, en vue, d'une part, de la prise en charge de tous les patients dont l'état requiert de façon urgente des soins médicaux et de réanimation » et « d'autre part, le cas échéant, de leur transport vers un établissement de santé apte à assurer le suivi des soins. »^{6 R15}. C'est ce que l'on appelle une intervention primaire.

Le SMUR a aussi pour fonction « d'assurer le transfert, accompagné par une équipe hospitalière médicalisée, entre deux établissements de santé, des patients nécessitant une surveillance médicale pendant le trajet, transport dits « secondaires »⁷.

Lorsqu'un appel arrivant au SAMU requiert l'intervention d'une équipe médicalisée, celui-ci déclenche rapidement l'équipe de SMUR la plus proche ou la plus disponible.

Une des missions du SMUR en dehors de la rapidité d'intervention réside en une amélioration de la prise en charge préhospitalière du patient tant au plan diagnostique que thérapeutique.

Régulièrement, les équipes de SMUR participent à des missions humanitaires de secours lors d'événements catastrophiques tels que tremblements de terre, cyclones, inondations. L'envoi de ces personnels se fait généralement grâce à l'association « SAMU de France ».

Enfin, le SMUR accueille régulièrement des stagiaires, qu'ils soient infirmiers, infirmiers anesthésistes ou médecins. L'urgence préhospitalière apporte en général à ces étudiants un ensemble important de notions parmi lesquels les notions d'urgence relative, urgence ressentie et urgence absolue.

⁷ E.Cassanas - « Le SMUR, un service hospitalier à part entière » - *OBJECTIF SOINS*, N°73, 25-28, Mars 1999.

Sans pour autant faire partie des missions spécifiques du SMUR, de nombreux essais et enquêtes sont réalisés dans le cadre de la recherche médicale. Ainsi, beaucoup de nouvelles molécules ont d'abord été testées en médecine préhospitalière avant d'être introduites dans les murs de l'hôpital.

Les moyens du SMUR

Tout comme les SAMU, les SMUR disposent de moyens spécifiques. Ils sont matériels et humains.

Les moyens matériels

Pour une équipe de SMUR, il existe plusieurs vecteurs utilisables pour intervenir sur le lieu même de la détresse. Généralement, c'est par la voie terrestre qu'elle intervient. Ceci grâce à des UMH (unités mobiles hospitalières), des VL (véhicules légers) ou d'autres véhicules particuliers (tout-terrains, véhicule adapté au milieu : plage, montagne, forêt).



Dans une UMH, il est possible de transporter un patient sur brancard en plus des personnels et de tout le matériel nécessaire à la réanimation. Dans un VL, seule l'équipe et le matériel sont transportés. Dans le cadre d'une intervention primaire avec la présence de pompiers sur place, c'est un VL qui partira, bénéficiant pour le transport du patient du V. S. A. B. des pompiers.



Plus rarement, c'est par voie aérienne que les transports se réalisent, que ce soit par hélicoptère ou par avion. Ces vecteurs sont utilisés soit pour des transports jugés trop risqués par voie terrestre (secousses du véhicule), soit pour des questions de rapidité, ou encore dans le cas de transfert entre une île et le continent. Les SAMU utilisent soit leurs propres moyens aériens, soit les moyens aériens mis à disposition par la sécurité civile ou les brigades de sapeurs-pompiers. Malgré l'aspect « séduisant » que présente les transports aériens, il ne faut pas

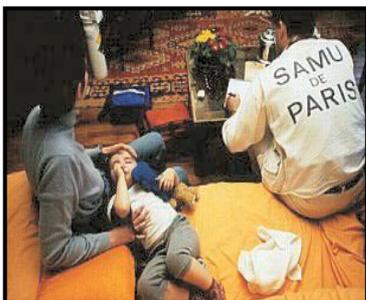
méconnaître les limites de ce vecteur parmi d'autres : conditions météorologiques défavorables, vols de nuit interdit en région parisienne, exigüité de la cellule empêchant tout geste technique de réanimation, accessibilité aux airs de pose difficile en milieu urbain avec dégagement réduit.



Les techniques utilisées en SMUR ont été au fil du temps adaptées à la pratique de l'urgence préhospitalière. On retrouve ainsi dans les UMH du matériel autonome, résistant, léger

Les moyens humains

Les moyens en personnel sont définis par le décret 97-620 du 30 mai 1997.



Personnel médical : Le médecin responsable doit avoir acquis une formation à la prise en charge des urgences par une qualification universitaire et par une expérience professionnelle d'au moins 2 ans dans le domaine de l'urgence et de la réanimation (art. D 712-67 du Code de la Santé publique).

Les médecins participant aux équipes médicales des SMUR doivent avoir acquis une formation à la prise en charge des urgences soit par une qualification universitaire, soit par une expérience professionnelle d'au moins 1 an dans le domaine de l'urgence et de la réanimation (art. D 712-70 du Code de la Santé publique).



Personnel paramédical : « pour être autorisé à mettre en œuvre un SMUR, un

établissement doit disposer d'un effectif de médecins, d'infirmiers diplômés d'Etat et, en tant que de besoin, d'infirmiers ayant acquis une expérience professionnelle de psychiatrie » (art. D 712-68 du Code de la Santé publique).

« Pour les interventions qui requièrent l'utilisation de techniques de réanimation, cette équipe comporte trois personnes, dont le responsable médical de l'intervention et un infirmier » (art. D 712-71 du Code de la Santé publique).

La nécessité d'une présence infirmière est enfin reconnue ; on peut regretter une certaine « timidité » du texte qui ne généralise pas la présence infirmière en SMUR. De plus, il met en avant l'acquisition d'expérience en psychiatrie alors que rien n'est précisé au sujet des situations demandant des compétences en anesthésie-réanimation pourtant fréquentes et qui justifient la présence d'infirmiers anesthésistes diplômés d'Etat.

Personnel ambulancier : *« pour être autorisé à faire fonctionner un SMUR, un établissement de santé doit disposer... des personnels ambulanciers titulaires du certificat de capacité d'ambulancier (CCA), conducteurs et pilotes » (art. D 712-13 du Code de la Santé publique).*

Par ailleurs, l'arrêté du 26 avril 1999 définit les modalités et le contenu pédagogique de la formation d'adaptation à l'emploi des ambulanciers



I-2. L'infirmier diplômé d'Etat

I-2-a. Déroulement de la formation

L'ensemble de la formation se déroule sur 132 semaines ou 4 620 heures d'enseignement et 4 semaines ou 140 heures de suivi pédagogique, soit un total de 136 semaines ou 4 760 heures

La formation est répartie entre les cours théoriques et les stages. Les cours théoriques sont réalisés soit par l'équipe enseignante soit par des intervenants

"Spécificité des compétences de l'infirmier anesthésiste en SMUR"

Ludovic SCHAUB, Avril 2006.

extérieurs (médecins, kinés, infirmiers...). On distingue les modules transversaux qui sont étudiés tout au long des trois ans et qui sont le support de la profession infirmière et les modules de soins dont chacun est étudié une fois

Le programme des études d'infirmier a pour objectif de favoriser l'émergence d'un nouveau profil d'infirmier dont les caractéristiques sont les suivantes :

- Un infirmier apte à répondre aux besoins de santé d'un individu ou d'un groupe dans le domaine préventif, curatif, de réadaptation et de réhabilitation.
- Un infirmier polyvalent apte à dispenser des soins infirmiers prenant en compte l'ensemble des problèmes posés par une atteinte fonctionnelle et une détresse physique ou psychologique qui frappe une personne . L'infirmier doit faire participer l'individu ou le groupe en prenant en considération leur dimension culturelle et leur personnalité.

I-2-b. Formation aux soins d'urgence

La formation pour l'obtention du diplôme d'état d'infirmier comprend un module intitulé soins infirmiers aux urgences et en réanimation, transfusion sanguine. Ce module de 80 heures permet une présentation des structures d'urgence et de réanimation ainsi qu'un survol des pathologies et de la prise en charge de la douleur. Il intègre l'enseignement relatif aux techniques de transfusion sanguine⁸.

Il apparaît que la formation initiale d'infirmier est insuffisante pour pouvoir exercer au sein d'un SMUR sans une formation complémentaire⁹.

Il existe à l'heure actuelle des formations complémentaires concernant la prise en charge des urgences : Oxyologie paramédicale, formation d'infirmier sapeur pompier, formations dispensées par les CESU, formations ACLS (Advanced Cardiac Life Support) accessibles aux infirmiers diplômés d'état.

⁸ Profession infirmier, recueil des principaux textes relatifs à la profession, Ref 531001, Berger Levraut, 2002.

⁹ C. Italiano, S. Berenbadh, E. Nicaud, E. Gete, J. M. Haegy, Infirmiers et smur résultat d'une enquête nationale, in Revue des Samu, 1998, 249-252.)

Enseignements	Heures
Enseignements théoriques obligatoires	2080
Enseignements théoriques optionnels obligatoires	160
Stages cliniques obligatoires	1680
Stages laissés à l'appréciation des équipes pédagogiques	700
Suivi pédagogique	140
Total général	4 760

Tableau 1 : Récapitulatif volume horaire formation IDE

Le décret sur l'aide médicale urgente¹⁰ recommande pour des interventions nécessitant des techniques de réanimation une équipe de trois personnes dont le médecin un conducteur et un infirmier sans en préciser la spécialité. Les interventions réalisées en principe et par définition auprès de patients en état grave, l'infirmier devrait être présent au près du médecin en permanence.

Le décret d'actes infirmiers autorise ceux ci à participer aux transports dans le cadre d'un service mobile d'urgence et de réanimation.

I-3. La spécialité d'infirmier anesthésiste

I-3-a. Généralités

L'IADE est un infirmier spécialisé. Sa spécialité lui est conférée par le DEIA créé par le décret du 17 décembre 1991¹¹. Ce diplôme est obtenu après deux années de

¹⁰ Décret 97-620 du 30 mai 1997

¹¹ Décret n°91-1280 du 17 décembre 1991, modifiant le décret 88-903 du 30 août 1988

formation dont le contenu a été récemment réactualisé par arrêté¹². Elle dure deux ans (700 heures de cours et 70 semaines de stages) et est accessible après deux années minimales d'exercice professionnel et un concours d'entrée.

Un module complet concernant la prise en charge des urgences couvre les différentes activités des Samu et des SMUR, les situations de catastrophe, les urgences intra hospitalière. Il est complété par un stage de 8 semaines en SMUR.

Ce module revêt une importance particulière et un caractère exhaustif.

Tous les enseignements transversaux (prise en charge de la douleur, vigilances) et le module réanimation trouvent toute leur utilité dans le domaine de l'aide médicale urgente. Tout l'enseignement traitant des techniques anesthésiques et de la pharmacologie, permet à l'IADE d'apporter un niveau de sécurité de prise en charge optimal pour les transferts de patients anesthésiés (sortie de bloc opératoire, de SSPI...).

L'enseignement pratique (TP, TD) et les 22 mois de stages apportent un savoir faire en matière de :

- Gestes techniques : voies veineuses, intubation, ventilation. L'apprentissage de ces gestes, notamment l'intubation, s'effectue dans de bonnes conditions, chez un patient anesthésié, sous encadrement médical, avec un droit à l'erreur. Les conditions de l'urgence ne sont pas propices à la formation et celle-ci doit être, au contraire, confiée à du personnel entraîné ;
- Utilisation, maintenance, gestion, désinfection du matériel
- Voies veineuses, dispositifs de remplissage, solutés
- Contrôle des voies aériennes et assistance respiratoire : plateau d'intubation, dispositifs alternatifs à l'intubation, appareils de ventilation

¹² Arrêté du 17 janvier 2002 relatif à la formation conduisant au diplôme d'état d'infirmier anesthésiste

- Pratique du monitoring. La capnométrie est un bon exemple : les cours théoriques et l'expérience au bloc opératoire du capnomètre sont utiles dans les situations d'arrêt cardiocirculatoire puisque c'est le monitoring recommandé pour mesurer l'efficacité du massage cardiaque externe
- Utilisation du défibrillateur : depuis le décret n°2002-194 déjà cité, l'utilisation d'un défibrillateur :
 - Semi-automatique (art. 5) est classé dans les actes relevant du rôle propre de l'IADE
 - Manuel (art. 8) est un rôle sur prescription, à condition qu'un médecin puisse intervenir à tout moment
- pratique de l'anesthésie qui sera utile en préhospitalier
- préparation des médicaments : dilutions, posologies, précautions d'emploi
- surveillance opératoire et postopératoire
- acquisitions de comportements et de réflexes dans des périodes de stress
- travail en équipe
- organisation et gestion de la « zone » de travail avec une installation du patient, du matériel et des soignants pour optimiser la prise en charge et éviter les pertes de temps.
- Enfin la prise en charge de la douleur, les protocoles concernant l'hygiène, la matérié et la pharmacovigilance, la prévention des accidents et des complications sont une partie importante du programme des études d'IADE.

Cette formation fait de l'IADE un personnel infirmier qui en plus de son expérience passée (minimum deux années souvent dans un service d'urgence réanimation ou SSPI), acquiert une polyvalence le rendant l'acteur privilégié de l'aide médicale urgente^{13 14}.

¹³ P.Carli,A. Barboteu, L'infirmière de Samu Smur, Revue de l'infirmière N° 15 Octobre 1989 : 58-9

¹⁴ Hospital .B ,Une profession en pleine mutation : L'Isar de Smur .Soins chirurgie,N°97, Mars1989 :32-3

D'ailleurs les recommandations de la SFAR citent l'IADE comme le personnel le plus adapté à assister le médecin en SMUR¹⁵.

Rappelons que l'IADE est lié au décret 2002-194 régissant les actes professionnels. L'article 10 le concerne plus particulièrement :

Art. 10. - « *L'infirmier 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 :*

- *Anesthésie générale ;*
- *Anesthésie loco-régionale et réinjections dans le cas où un dispositif a été mis en place par un médecin anesthésiste réanimateur ;*
- *Réanimation per-opératoire.*

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 post interventionnelle, il assure les actes relevant des techniques d'anesthésie citées aux deuxième, troisième et quatrième alinéas et est habilité à la prise en charge de la douleur postopératoire relevant des mêmes techniques. Les transports sanitaires visés à l'article 9 du présent décret sont réalisés en priorité par l'infirmier anesthésiste diplômé d'Etat. L'infirmier en cours de formation préparant à ce diplôme peut participer à ces activités en présence d'un infirmier anesthésiste diplômé d'Etat. »

La priorité mais non l'exclusivité est donc donnée aux IADE pour effectuer les missions de l'aide médicale d'urgence.

¹⁵ Recommandations concernant la surveillance des patients au cours des transferts inter-hospitaliers médicalisés. SFAR 1992

Enseignements	Heures
Enseignements théoriques obligatoires	700
Stages cliniques obligatoires	2450
Total général	3150

Tableau 2 : Récapitulatif volume horaire formation IADE

I-3-b. Profil type de l'infirmier anesthésiste

Le diplôme d'IDE est obtenu après trois ans d'étude dans les instituts de formation en soins infirmiers (IFSI).

L'âge moyen d'obtention de ses différents diplômes est :

- diplôme d'État d'infirmier (IDE) : 23 ans ;
- diplôme d'État d'infirmier anesthésiste (IADE) : 30,5 ans.

La durée moyenne entre l'obtention du diplôme d'IDE et celui d'IADE est de 7,5 ans avec un écart type de 5 ans et 4 mois. La majorité des IADE est issue des services de réanimation, de l'urgences/SMUR et des salles de surveillance post-interventionnelle (SSPI). Pendant ces années, les futurs IADE ont capitalisé des connaissances spécifiques. Ce patrimoine est mis à profit dans le cadre de la fonction d'IADE.

Une enquête réalisée par le Syndicat national des infirmiers anesthésistes (SNIA), en 2001, montre que les infirmiers anesthésistes exercent dans différents secteurs d'activité :

- 15,5 % travaillent au SMUR et dans un autre secteur ;
- 14,5 % travaillent aux urgences et dans un autre secteur d'activité (l'activité dans ce secteur reste liée au SMUR) ;
- 71 % travaillent en alternance au bloc opératoire et en SSPI ;

- 26,5 % travaillent au bloc et dans un autre secteur (autre que SSPI) ; 11,5 % travaillent uniquement au bloc opératoire¹⁶.

I-4. Notions de compétence

I-4-a. Définitions

Selon le Petit Robert 1989 :

« 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 1997 :

« 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, 1996 :

« La compétence est la mise en oeuvre, 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 oeuvre en situation professionnelle à partir de laquelle elle est validable. »

Alain d'Iribarne propose une hiérarchisation des compétences :

¹⁶ C.Pouenat, B.Mantz, C.Telion, P.Carli - « Place de l'infirmier anesthésiste au SMUR », Journée des infirmier(e)s anesthésistes, d'urgence et de réanimation 2005, 47^{ème} Congrès national d'anesthésie et de réanimation, la collection de la SFAR, 2005

- En premier niveau il parle de « *compétences d'imitation* » permettant de reproduire à l'identique des actions sans en comprendre les principes. Ce type de fonctionnement met en œuvre un système immédiatement disponible ne requérant aucun ajustement.
- En deuxième niveau, on trouve les « *compétences de transposition* » qui permettent de faire face à des situations imprévues mais assez proches, en raisonnant par analogie. L'acteur ajuste grâce à des acquis de l'expérience.
- En troisième niveau, l'auteur décrit les « *compétences d'innovation* » permettant d'élaborer des solutions inconnues en puisant dans une source de savoirs préalablement acquis. L'individu se trouve en situation de résolution de problème, ce qui implique une recherche et une création nouvelle.

I-4-b. Notions de compétence appliquée au SMUR

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

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

- de participer à la qualité de l'environnement de l'anesthésie ;
- de mettre en œuvre le protocole d'anesthésie établi par le médecin anesthésiste réanimateur, d'assurer l'entretien de l'anesthésie et la surveillance du patient, de déceler les complications et d'agir de manière adaptée (il en est de même pour la prise en charge dans le cadre du SMUR avec le médecin urgentiste.)

Il convient de rappeler que la prise en charge d'un patient en SMUR ne se limite pas à la réalisation d'actes techniques. Cette prise en charge relève d'une démarche intellectuelle commencée dès la prise en charge et qui comporte, outre l'évaluation de l'état du patient et des risques évolutifs, son information. Cette démarche, est poursuivie pendant toute la prise en charge et pendant le transport pour diagnostiquer précocement la survenue d'une complication et la traiter avec le médecin responsable).

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

Il a, du fait de ses connaissances, la compétence pour participer à l'éducation du patient et de sa famille et contribuer à la formation des soignants de sa spécialité et autres.

I-5. Compétences spécifiques de l'IADE en SMUR

Le programme de formation des infirmiers est un enseignement vaste qui donne à des personnels des connaissances générales sur l'anatomie et la physiologie de l'être humain, sur l'hygiène quotidienne et hospitalière, sur l'ensemble des pathologies urgentes et non urgentes pouvant exister chez l'adulte, l'enfant et le sujet âgé. Ce volumineux programme dispensé en trois ans ne permet qu'une connaissance superficielle de tous les sujets. Pour pouvoir intégrer une école d'IADE, obligation est faite d'avoir travaillé pendant deux années, ce qui laisse souvent aux jeunes IDE le temps de découvrir leur métier, d'en apprécier la difficulté et de faire le choix d'obtenir des connaissances théoriques et pratiques complémentaires.

La formation pratique au bloc opératoire permet une connaissance des techniques de réanimation ainsi que la maîtrise de nombreux gestes techniques utilisés dans les situations d'urgence, comme le contrôle de la ventilation manuelle, l'intubation,

le cathétérisme veineux. L'anesthésie est, en effet, un domaine où chaque geste peut avoir des conséquences immédiates et parfois sévères. La nécessité de devoir déployer à chaque instant vigilance et réactivité fait des IADE des personnels spécifiquement adaptés à l'urgence et à l'activité en SMUR¹⁷.

Ainsi l'IADE assure un rôle à plusieurs niveaux que nous allons détailler.

I-5-a. Réglementation et Recommandations

Décret n°2004-802 du 29 Juillet 2004 :

Article R. 4311-12

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

Article R4311-11

« 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 effectué dans le cadre d'un service mobile d'urgence et de réanimation. »

Recommandations de la SFAR

Du fait de sa connaissance et de sa pratique des gestes d'urgence ou de survie (intubation, cathétérisme veineux périphérique, maniement des appareils de ventilation et de surveillance...), l'IADE est le collaborateur idéal du médecin dans la prise en charge des patients en état grave et de leur transport intra ou extrahospitalier. La SFAR vient de publier lors de son dernier congrès 2005 un article venant confirmer la place de l'IADE en SMUR.

La formation initiale des IADE est assurée dans des écoles spécialisées agréées. Elle a pour objectif l'acquisition des connaissances théoriques et cliniques nécessaires à la pratique infirmière au cours des différentes anesthésies générales et

¹⁷ **M. Nicolet** - « L'infirmier anesthésiste » - Médecines Sciences Flammarion, 2003

locorégionales, à la surveillance des malades au décours d'une intervention, à la réalisation des soins de réanimation, et au transport des malades graves.

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

L'IADE dans sa pratique quotidienne contrôle les réponses physiologiques et éventuellement psychologiques, interprète et utilise les données obtenues par tous les systèmes de surveillance invasifs et non invasifs. Il opère les corrections pour maintenir ou améliorer l'état physiologique du patient. En accord avec le médecin responsable de l'intervention.

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. La compétence de l'IADE procède de l'application des connaissances acquises au cours des formations initiale et continue, et de l'expérience résultant de l'exercice professionnel.

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

Intérêt d'une autonomie sur des interventions à victimes multiples : Il ne doit pas accepter de se substituer à un médecin anesthésiste réanimateur, sauf s'il s'agit d'une urgence extrême et vitale (SFAR).

I-5-b. Soins techniques d'urgence, de sauvetage et de réanimation

Pendant les transports primaires, il participe à l'installation, au recueil des données cliniques, des paramètres vitaux et des données para cliniques. Il participe (Il faut l'interpréter comme spécialiste technique dans la réalisation sous contrôle du médecin) à la mise en oeuvre des traitements, en particulier l'abord veineux, trachéal, gastrique, la gestion de la ventilation, du remplissage, des médicaments vaso-actifs, de l'analgésie et de la sédation. Il gère le matériel de surveillance et exerce une surveillance continue clinique et para clinique.

Pour les transports secondaires, il adapte et vérifie le matériel aux besoins du patient. Il installe le patient de façon compatible avec sa pathologie et son

confort. Il vérifie, identifie et sécurise les abords veineux, l'abord trachéal, les drains... Il participe à la continuité des soins et prévient leur rupture en s'assurant de garder une marge de sécurité en cas d'aggravation. Il assure la surveillance du patient.

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

I-5-c. Anesthésie, Sédation et autres

Il est à noter qu'une partie des missions notées par le Professeur Barrier sont de la compétence exclusive des IADE.

A celle ci, on peut rajouter pour ne donner que quelques exemples la possibilité de pouvoir passer la main lors des intubations difficile, la connaissance des bonnes pratiques lors d'une intubation en séquence rapide, l'utilisation des moyens disponibles dans l'arborescence de l'intubation difficile, l'aide et la surveillance lors de la réalisation des blocs périphériques, la reconnaissance et la conduite à tenir lors de certaines complications liés à toutes ces techniques. La parfaite maîtrise pharmacologique d'une partie des médicaments d'anesthésie (morphinique/sédatif/curare) utilisés dans le cadre du SMUR (indications/contre indication/ posologie / effets synergique, etc...).

I-5-d. Physiologie et Physiopathologie

La reprise dans la formation d'IADE de nombreux points d'anatomie et de physiologie permet d'obtenir une connaissance plus précise et plus durable, connaissance qui aide toujours à comprendre la thérapeutique appliquée et donc à mieux la gérer.

I-5-e. Vigilances (pharmacovigilance, hémovigilance et matériovigilance)

"Spécificité des compétences de l'infirmier anesthésiste en SMUR"

Ludovic SCHAUB, Avril 2006.

Dans le domaine de la santé, les vigilances dans le contexte sanitaire français réalisent une surveillance de la sécurité d'utilisation des différents biens et produits à usage thérapeutique. Elle concerne : les médicaments et les médicaments dérivés du sang (pharmacovigilance), les produits sanguins labiles (hémovigilance), les éléments et produits du corps humain (biovigilance). Stricto sensu, elles ont pour objet la surveillance du risque d'effets indésirables ou inattendus, d'incidents au risque d'incidents au résultant de leur utilisation.

On peut comprendre que dans le domaine de l'anesthésie-réanimation, discipline à hauts risques, cette mission relative aux vigilances à réellement toute sa place.

L'infirmier anesthésiste est, comme le dit le professeur G. Barrier, « le spécialiste de la maintenance du matériel de monitoring et de réanimation ». Il s'assure de la réfection des lots et des sets d'urgence. Il vérifie et assure la maintenance préventive du matériel médical, gère leur stockage et la qualité des batteries.

Il assure les réparations simples et gère les réparations complexes. Il vérifie la sécurité de l'emploi du matériel (autonomie électrique, risques de chute et de projection).

Il établit des protocoles d'hygiène et d'entretien du matériel réutilisable, et s'assure de la propreté des ambulances.

L'infirmier anesthésiste gère et inventorie le stock de matériel médical, de la pharmacie et du petit matériel à usage unique. Il prévoit et entretient le matériel pour les événements exceptionnels et pour les missions rares (grands rassemblements, évacuations aériennes...). Il prévient les pertes et les dégradations.

I-5-f. Encadrement, Enseignement et Recherche

L'IADE assure l'enseignement théorique et pratique des étudiants infirmiers, infirmiers anesthésistes au cours de leur formation. Sa compétence technique lui permet aussi d'assurer la formation pratique d'étudiants hospitaliers en leur faisant découvrir le matériel et les pratiques de la médecine pré hospitalière. L'infirmier

anesthésiste encadre le personnel du magasin médical et les conducteurs ambulanciers.

L'infirmier anesthésiste participe à des actions de recherche et de développement en soins infirmiers appliqués à l'anesthésie et à la réanimation. Il s'investit dans l'amélioration de l'outil de travail (lots d'intervention, lots complémentaires). Il participe à l'étude, à la mise en place et au choix du matériel et de nouveaux appareils. Il est expert en hygiène. Il participe à la mise en place de protocoles.

I-5-g. Situations d'exception

Par sa formation, l'IADE est un interlocuteur privilégié pour participer à certains événements exceptionnels (plan de secours d'urgence, médecine de catastrophe, manifestation de grande ampleur...), à la fois en tant que soignant et entant que gestionnaire des matériels. En effet, toute manifestation de grande ampleur implique de prévoir une réponse spécifique à l'arrivée de victimes en grand nombre. Formé à la prise en charge de patients anesthésiés, intubés et ventilés en peropératoire mais aussi en SSPI, habitué à la gestion au quotidien de victimes graves en SMUR, l'IADE est un personnel rapidement opérationnel au cours de ces événements. Il peut en effet, sous la responsabilité d'un médecin pouvant intervenir à tout moment, administrer des antalgiques, voire effectuer une anesthésie générale.

II. Méthode de recueil des données

II-1. Choix de l'outil d'enquête

Les objectifs de ce travail imposent le choix d'une enquête par questionnaires. Les questions posées étant nombreuses et souvent à réponses numériques ou descriptives, il est donc impossible et inadapté d'envisager une série d'entretiens.

La représentativité souhaitée pour ce travail a deux impératifs :

- s'adresser à un maximum de personnes,
- obtenir des résultats provenant d'un maximum de structures.

Trois questionnaires spécifiques ont donc été créés, chacun s'adressant à un type de professionnel (IADE, IDE et médecin). Parfois similaires, ces documents présentent néanmoins des particularités propres à chaque personnels.

Nous avons fait le choix de publier par Internet cet outil. Les questionnaires ont été élaborés en HTML (annexes 1.2, 1.3, 1.4, et 1.5) et hébergés sur un site privé.

- Le questionnaire « infirmier » comporte 28 questions dont 21 questions fermées, 6 questions préformées, et 1 question ouverte.
- Le questionnaire « infirmier anesthésiste » comporte 27 questions dont 20 questions fermées, 6 questions préformées, et 1 question ouverte.
- Le questionnaire « médecin » comporte 25 questions dont 20 questions fermées, 3 questions préformées et 1 question ouverte.

Nous avons collecté un nombre important d'adresses email personnelles et institutionnelles depuis les sites publics de la SFAR, du SNIA, de la SFMU, des

différents sites officiels et non officiels des SAMU-SMUR. Au 10 décembre 2005, une liste de 1432 adresses de personnels de SMUR était constituée.

Un mail de présentation de notre travail (annexe 1.1) à été envoyé progressivement aux adresses recueillies. Une limite journalière (du fournisseur d'accès) a permis d'envoyer 50 emails par jour.

Ce mail propose un lien direct renvoyant sur le site Internet permettant de participer à l'enquête.

Une fois le questionnaire rempli, le répondant n'a plus qu'à renvoyer directement ses réponses en cliquant sur le dernier bouton de la page du questionnaire. Le temps estimé pour remplir chaque questionnaire a été estimé à moins de 5 minutes.

De plus, nous avons émis des « *post* » sur les forums de discussion spécialisés proposant de participer à cette enquête, son exhaustivité reposant sur sa large diffusion.

Les résultats ont été traités grâce aux logiciels Matlab® (The MathWorks Inc®) v7.0, Sphinx® v4.5 et Excel®2003.

II-2. Choix des lieux d'enquête

Nous avons fait le choix de publier l'enquête sur tout le territoire français (métropolitain et d'outre mer). Néanmoins, il est impossible d'à partir d'une adresse email seule de déterminer la localisation géographique de son propriétaire. Or, il est statistiquement probable que tous les départements aient été touchés.

De plus, nous invitons les répondants à faire part de cette enquête auprès de leurs collègues de SMUR par un lien en fin de questionnaire (cf. annexes).

II-3. Populations concernées par l'enquête

Les professionnels concernés par cette enquête sont les IDE, les IADE et les médecins des SAMU-SMUR du territoire français.

II-4. Limites de l'enquête

Par sa conception, cette enquête ne touche que les personnes ayant un accès à Internet. En Octobre 2005, environ 80% des actifs français ont accès au réseau.

II-5. Difficultés rencontrées

Le temps a été un facteur limitant de ce travail. En effet, le nombre important de réponses aux questionnaires permet une étude détaillée et minutieuse mais chronophage. Un très grand nombre de corrélations peuvent être réalisées d'après les réponses obtenues. Les résultats de cette enquête auraient mérité une interprétation plus fine et plus poussée.

La conception et l'analyse d'enquêtes par questionnaire demande une maîtrise d'outils qui sort en général des compétences d'un infirmier (et de moi en l'occurrence). Aussi ce travail n'a pas la prétention d'être exhaustif et présente quelques lacunes que je me suis efforcé de combler.

Seules 431 personnes ont été contactées par mail au lieu des 1432 initialement prévues. Nous avons reçu la consigne, après 8 jours de publication, de la part de la direction de l'école des infirmiers anesthésistes de la Pitié Salpêtrière, de suspendre l'envoi des mails de présentation de cette enquête. Les raisons invoquées alors étant de deux ordres :

D'une part qu'il est impossible avec cette méthode de garantir la qualification des répondants.

D'autre part que nous n'avons pas reçu l'autorisation officielle des directions des soins infirmiers pour proposer cette enquête.

Il nous faut ici rappeler deux principes :

- L'anonymat, principe de base de toute enquête, ne permet jamais d'affirmer que les réponses obtenues proviennent bien des personnes ciblées à l'origine. Ceci est valable quelque soit le vecteur de l'enquête (support papier, informatique, téléphonique...). De plus, concernant notre démarche, un email n'est accessible qu'à son propriétaire après avoir saisi un mot de passe. Les adresses ont été collectées sur des sites spécialisés et non « fantaisistes ». On peut donc raisonnablement affirmer que les répondants sont bien des IDE, IADE ou médecins.
- Il est impossible en pratique de contacter l'ensemble des directions des soins infirmiers des établissements hospitaliers comportant un SAMU ou un SMUR (actuellement 104 SAMU et 360 SMUR). Nous avons donc choisi de contourner cette difficulté en nous adressant de manière personnelle et privée aux personnels par le biais de leur boîte mail. De plus, il est possible de nous adresser toute remarque grâce à un bouton « nous contacter » présent sur toutes les pages du questionnaire. Nous n'avons reçu aucun message faisant état du fait que nous utilisions des adresses privées de manière abusive. Notons aussi que parmi les personnes contactées, certaines sont cadres ou cadres supérieurs.

Il a été décidé, en accord avec notre directeur de mémoire et la direction de l'école, de ne conserver que les résultats provenant de personnes ayant demandé à être tenues au courant des résultats de cette enquête. Elles doivent pour cela donner une adresse mail en fin de questionnaire, adresse qui peut être retrouvée dans la liste initiale des 1432 adresses. Cette démarche témoigne un intérêt particulier pour le sujet et permet de penser que la personne exerce bien dans un SAMU-SMUR. Cela n'exclue bien sûr pas que les autres répondants exercent eux aussi dans un SMUR. La totalité des questionnaires remplis reçus sont cohérents avec un exercice en SMUR.

III. Présentation et Analyse des résultats

III-1. Généralités

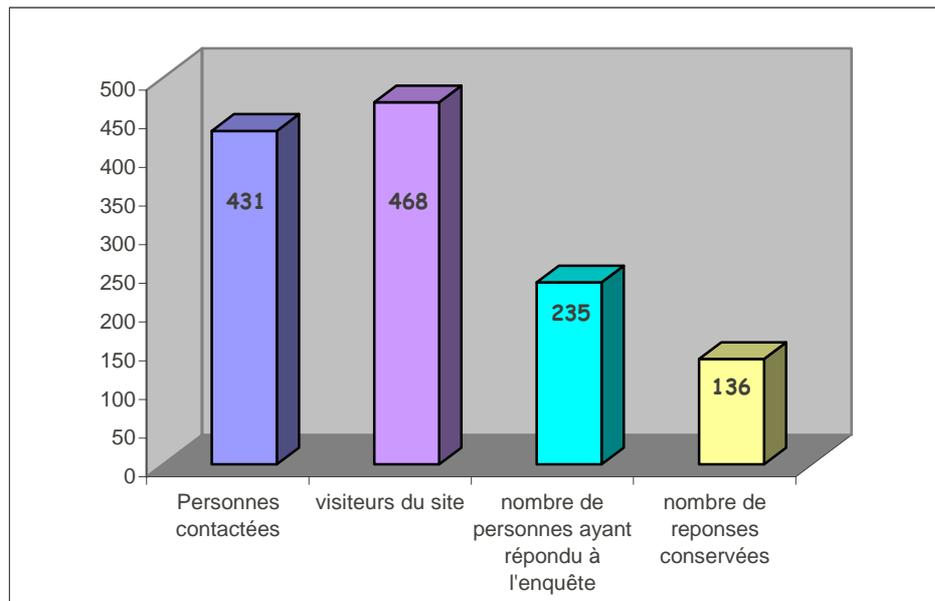


Figure 1 : Quelques chiffres concernant l'enquête

- 431 personnes ont été contactées, parmi lesquelles 223 IADE, 129 IDE et 74 médecins, les autres ont une adresse de type « administrateur@xxx.com », « contactSAMU@xxx.com » etc..., ne permettant pas d'identifier la qualification.
- 468 personnes ont visité le site, tous questionnaires confondus.
- 235 personnes ont répondu à l'enquête (120 IADE, 68 IDE et 47 médecins)
- Pour les raisons invoquées au chapitre précédant, 163 réponses ont été conservées. C'est le nombre de répondants ayant demandé à être tenus au courant des résultats de l'enquête (soit près de 69% des répondants).

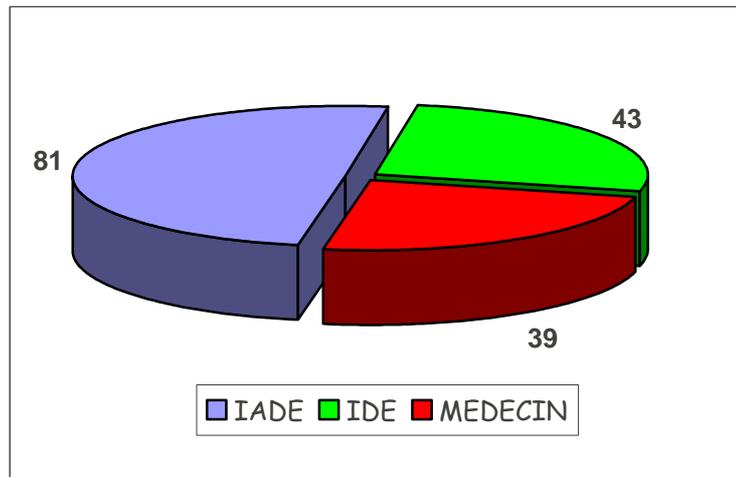


Figure 2: Statistiques des réponses obtenues et retenues

III-2. Méthode de présentation

Afin de faciliter la présentation, chaque résultat sera accompagné d'une indication sur le type de questionnaire (MED, IADE, ou IDE) et le numéro de question (1.2, 2.3, 4.10...).

III-3. Données sociologiques

III-3-a. Statut (IADE 1.1, IDE 1.1, MED 1.1)

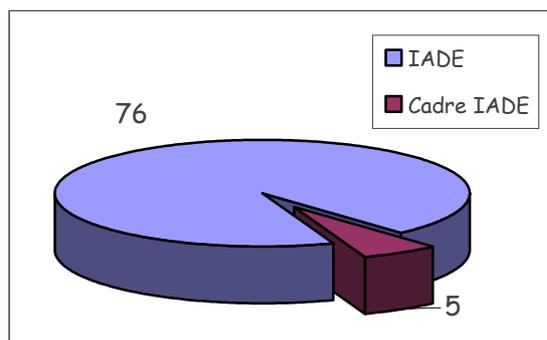


Figure 3 : Statut des IADE

76 personnes sont IADE, 5 sont cadres en anesthésie. Cette proportion semble en accord avec la réalité.

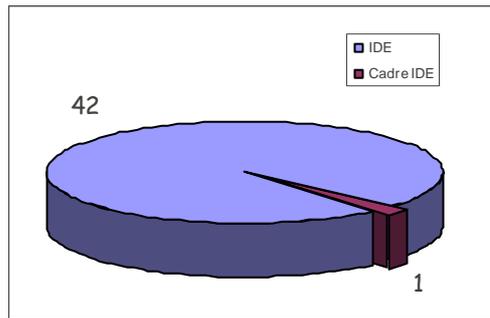


Figure 4 : Statut des IDE

42 répondants sont IDE et 1 seul est cadre infirmier, on ne pourra donc pas effectuer d'analyse par rapport à ce seul paramètre.

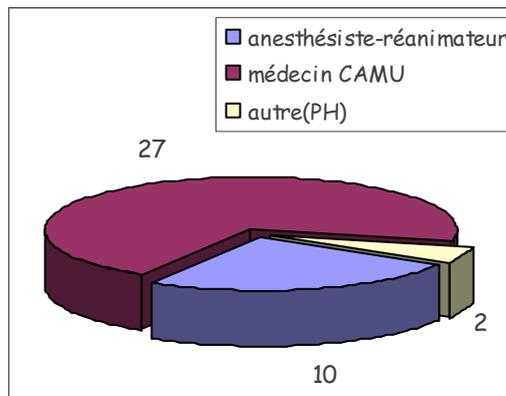
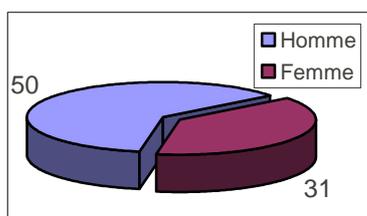


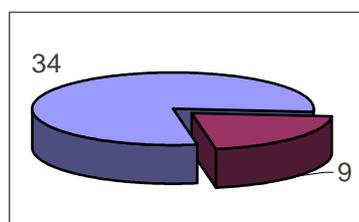
Figure 5 : Statut des médecins

La majorité des médecins a une capacité en aide médicale urgente (CAMU). Près du quart des médecins est composé d'anesthésistes-réanimateurs. Deux médecins indiquent un statut de PH.

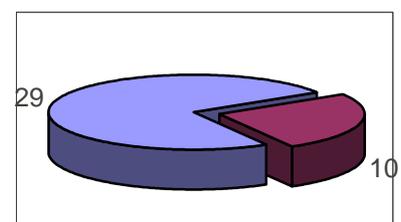
III-3-b. Sexe (IADE 1.2, IDE 1.2, MED 1.2)



Sexe IADE



Sexe IDE



Sexe Médecins

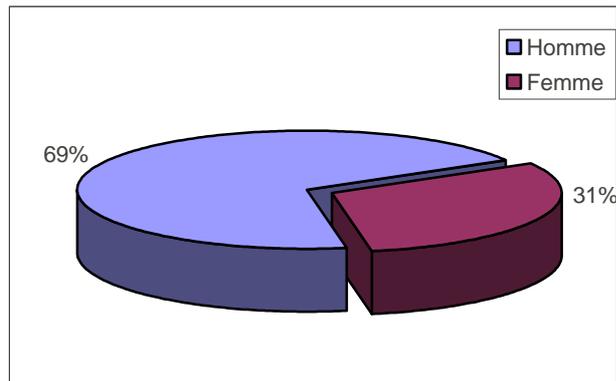


Figure 6 : Sexe tous statuts confondus

Au total, 69 % des répondants sont des hommes et 31 % sont des femmes. Ces chiffres sont exactement l'inverse de ceux donnés par l'enquête du SNIA en 2001 où 31% des IADE sont des hommes.

Il est communément admis et il est montré que la majorité des utilisateurs d'Internet sont des hommes. Les répondants sont donc pour une part importante des hommes. Or nous savons que la proportion masculine dans les métiers de la santé est inférieure à celle des femmes. On peut donc émettre des réserves quant à la représentativité des résultats concernant le sexe des personnels de SAMU-SMUR de cette enquête. Néanmoins, il est aussi admis que les hommes sont plus présents dans les services de réanimation, d'urgences, d'anesthésie et de SMUR, ce qui limite ces réserves.

III-3-c. Age (IADE 1.3, IDE 1.3, MED 1.3)

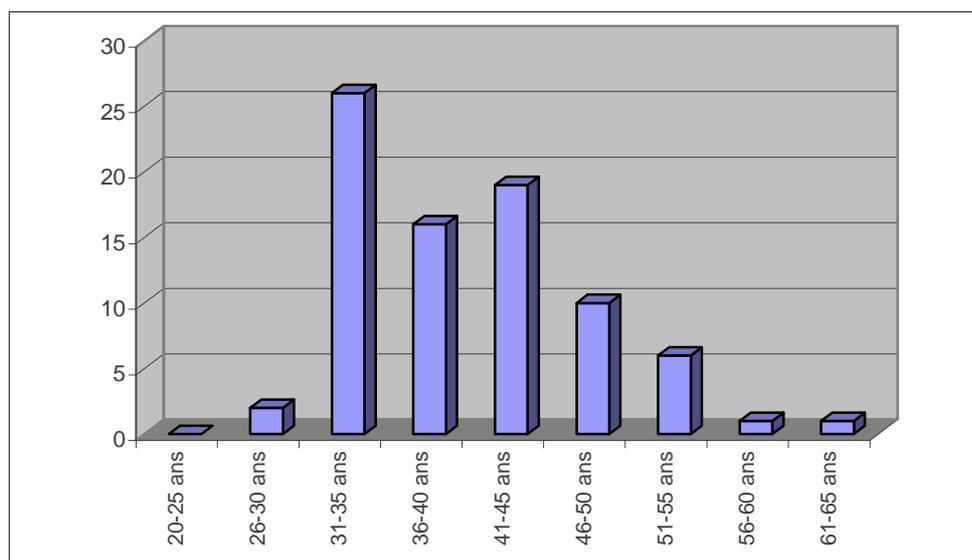


Figure 7 : Age des IADE

Les IADE ont en général entre 31 et 50 ans avec une petite majorité de 31-35 ans.

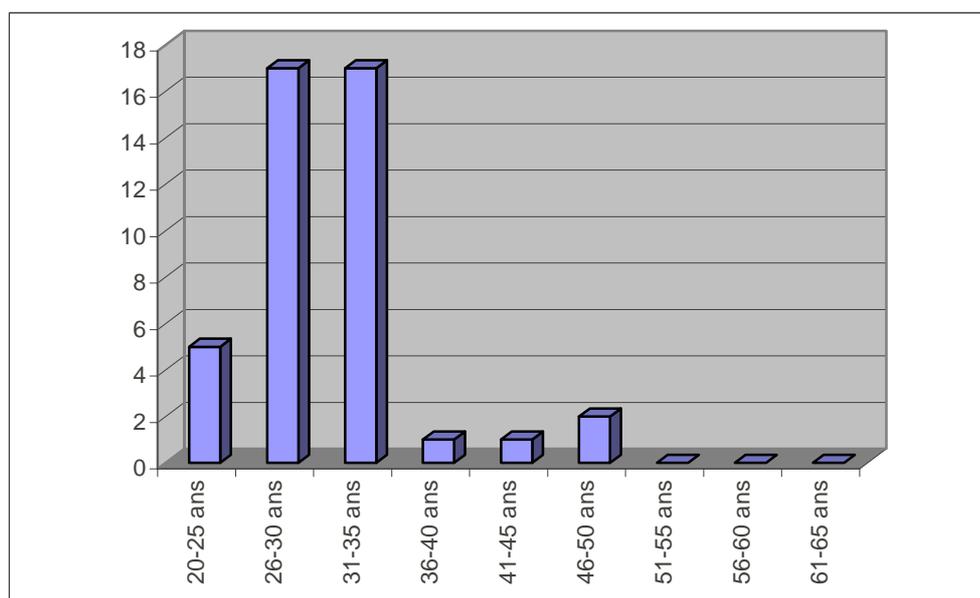


Figure 8 : Age des IDE

Les IDE interrogés sont significativement plus jeunes. Ils ont en général moins de 35 ans mais relativement peu ont moins de 26 ans. Le SMUR représenterait

"Spécificité des compétences de l'infirmier anesthésiste en SMUR"

Ludovic SCHAUB, Avril 2006.

probablement un poste de « début de carrière » pour les IDE les plus jeunes. On peut partiellement expliquer la différence d'âge des IADE avec les IDE par l'expérience professionnelle d'un minimum de 2 ans (7.5 ans en moyenne) exigée pour présenter le concours d'entrée en école d'anesthésie. Nous le verrons par la suite, une part non négligeable des IDE envisage une spécialisation en anesthésie (cf Figure 32).

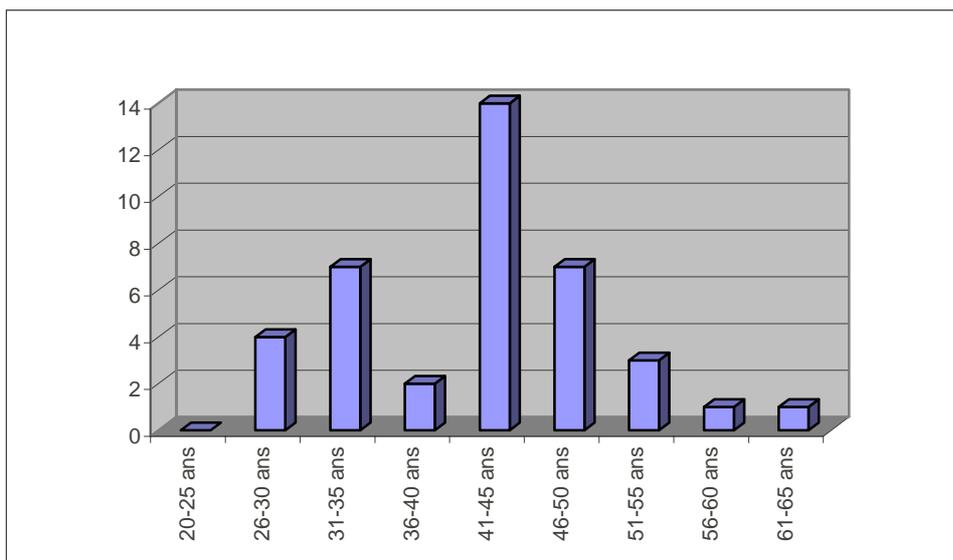


Figure 9 : Age des Médecins

La distribution des ages des médecins est plus dispersée. On retrouve aussi bien des jeunes médecins que des médecins plus âgés, avec un pic des 41-45 ans. On peut donc déjà en déduire que les médecins restent plus longtemps (ou éventuellement commencent plus tard) dans les SMUR.

III-3-d. Ancienneté (*IADE 1.4 et 1.5, IDE 1.4*)

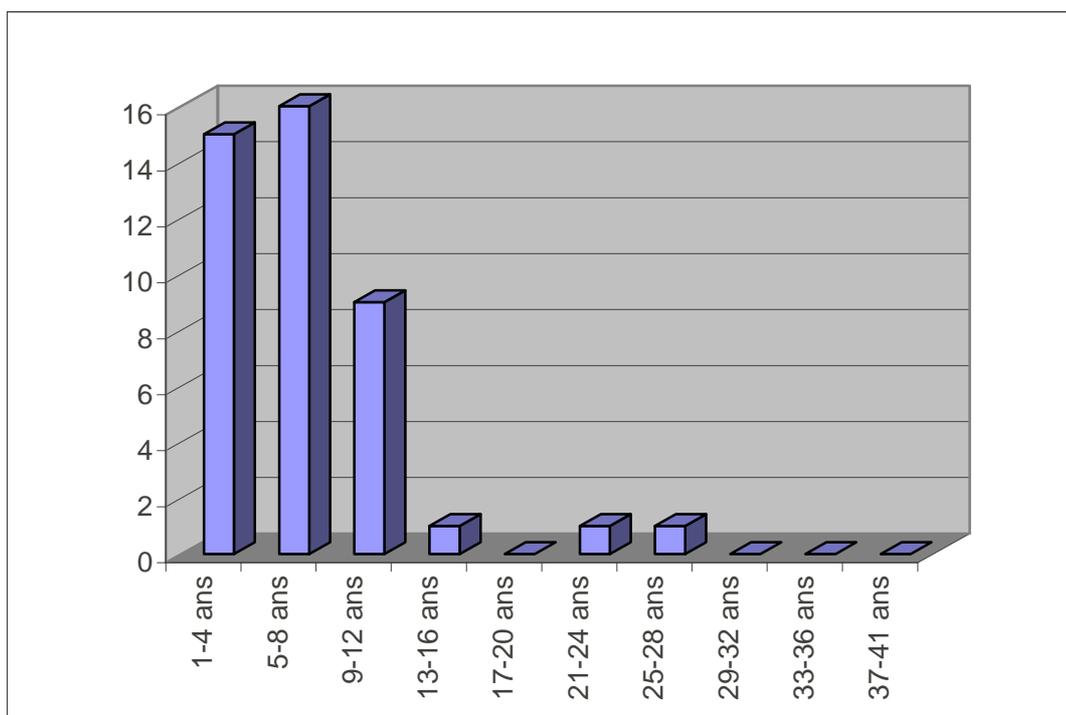


Figure 10 : IDE : Nombre d'années de diplôme IDE

Les IDE qui exercent en SAMU-SMUR ont pour la plupart moins de 8 ans d'expérience, donc en début de carrière. On ne retrouve que très peu d'IDE de plus de 12 ans d'expérience dans les SMUR (3 IDE sur 43). Ce résultat est en accord avec l'âge peu élevé des IDE (Figure 8).

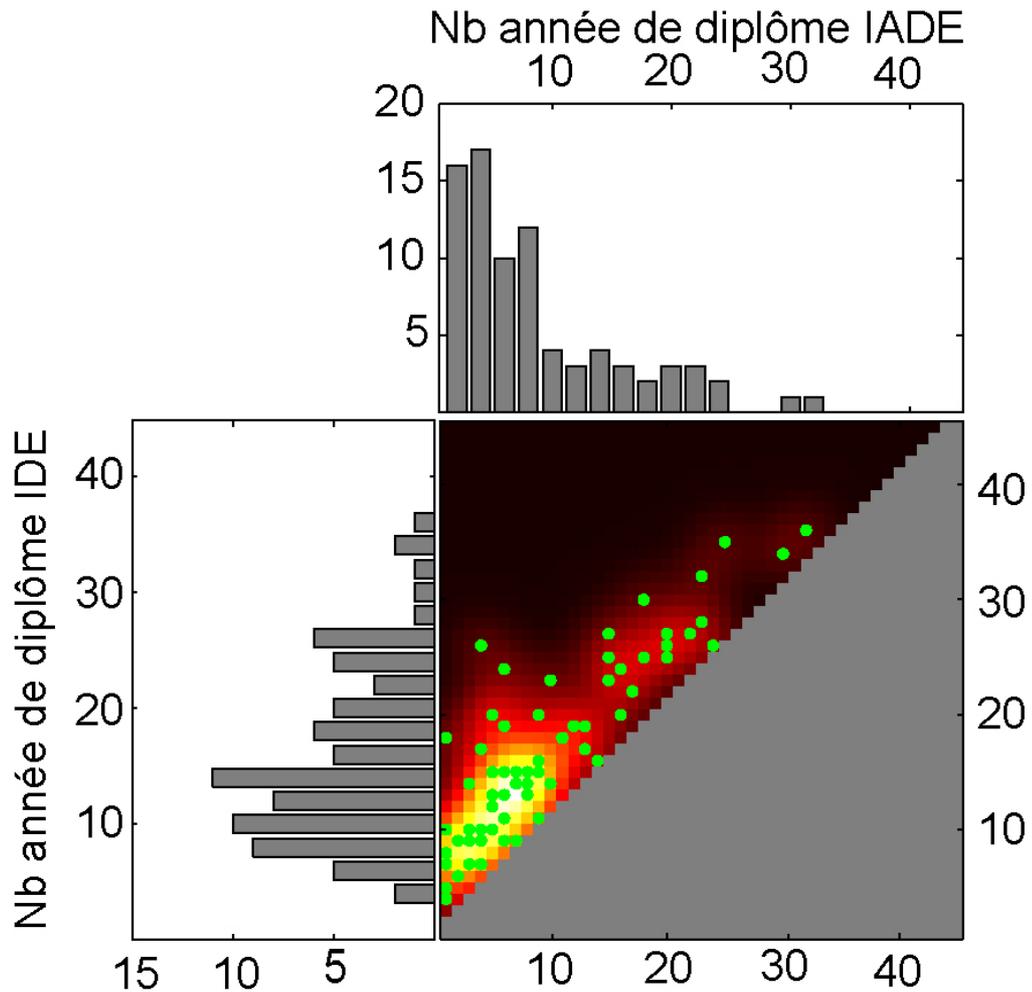


Figure 11 : IADE : Nombre d'années de diplômes IDE et IADE

Haut : distribution du nombre d'années de diplôme IADE, gauche : distribution du nombre d'années de diplôme IDE, centre : corrélation entre les deux.

En comparant les Figure 10 et Figure 11 (histogramme de gauche), on peut remarquer que la distribution est plus large. Evidemment, il y a le décalage dû aux 2 années d'expériences professionnelles et des 2 années de formation. Mais surtout, cette distribution reflète plus généralement une expérience infirmière plus importante. La majorité des IADE de SMUR présente, après corrélation, une ancienneté de 5 à 14 ans de diplôme IDE et 1 à 8 ans de diplôme IADE. Ceci explique notamment l'âge plus élevé des IADE. Ici aussi on constate que le SMUR est un poste de début de carrière des IADE, mais d'une manière moins nette que pour les IDE. En effet 25% des IADE ont plus de 12 ans de diplôme IADE.

"Spécificité des compétences de l'infirmier anesthésiste en SMUR"

Ludovic SCHAUB, Avril 2006.

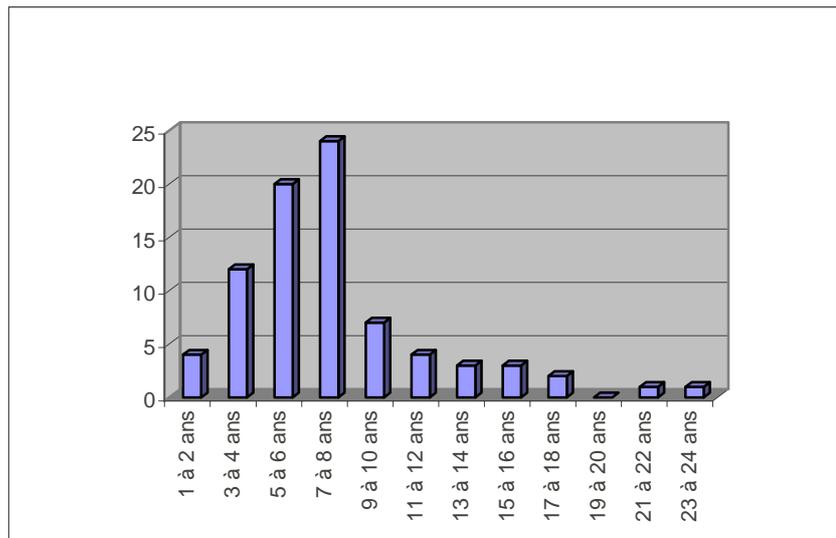


Figure 12 : IADE : Période entre les diplômes d'IDE et d'IADE

On retrouve sur cet histogramme des résultats similaires à ceux de l'enquête SNIA 2001. Néanmoins la distribution des périodes n'est pas symétrique autour du pic des 7-8 ans. Les IADE de SMUR ont obtenu leur diplôme d'anesthésie plus tôt dans leur carrière que le reste des IADE. 60 IADE sur 81 (74%) ont obtenu leur diplôme de spécialité avant 8 ans d'ancienneté IDE. De nouveau on constate que le SMUR est un poste de début de carrière pour les IADE.

III-4. Caractéristiques des SMURS concernés

III-4-a. Régions d'implantation des SAMU-SMUR (IADE 2.1, IDE 2.1, MED 2.1)

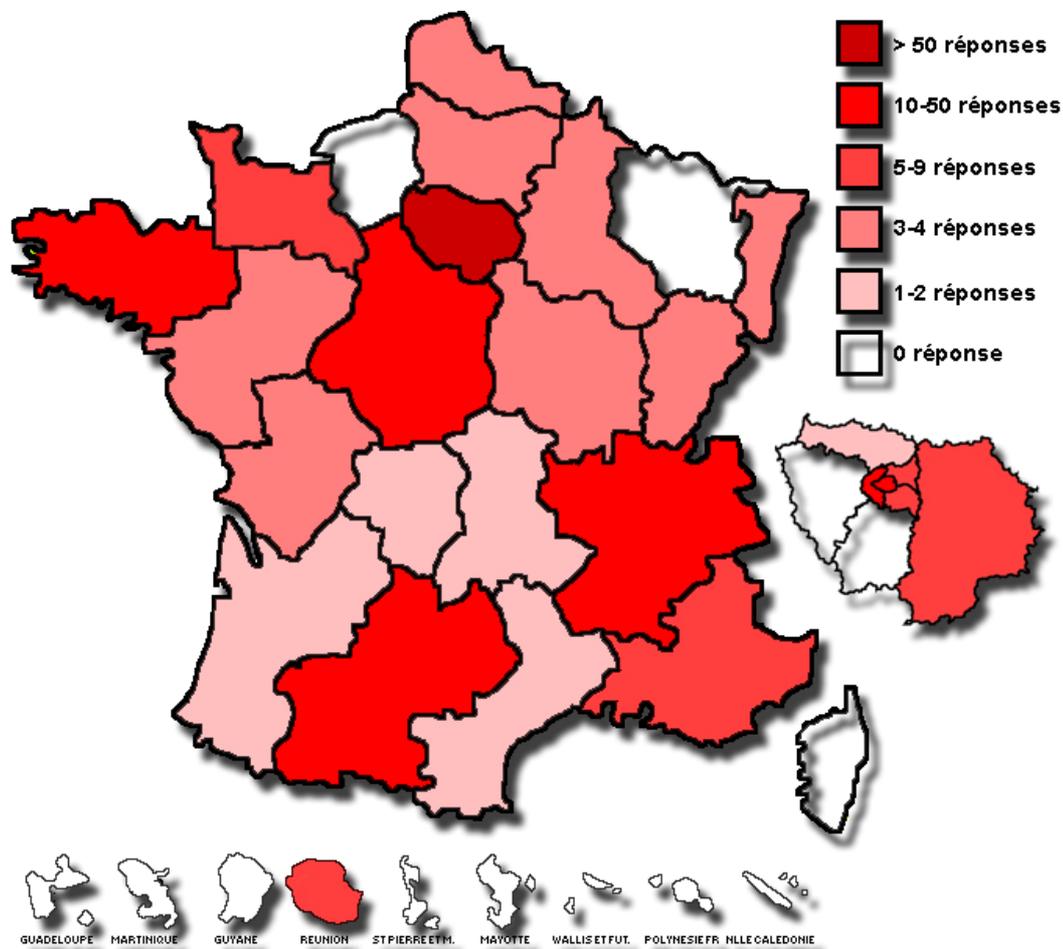


Figure 13 : Nombre de réponses selon les régions

Sur cette illustration, le nombre de réponses par région est très variable. Nous remarquons que l'Île-de-France arrive en tête du nombre de réponses avec 53 réponses. La variabilité du nombre de réponse ne reflète que partiellement le nombre de SAMU-SMUR par région. Cette représentation suivant les régions n'a qu'une valeur de constat, mais permet tout de même d'avoir un échantillon de réponses géographiquement diversifié : la grande majorité des régions de France sont représentées dont 8 avec plus de 5 réponses. Nous verrons par la suite s'il est

possible de dégager des tendances en fonction de la localisation géographique des répondants.

Les villes et départements, initialement demandés dans le questionnaire, ne permettent pas de dresser de profil satisfaisant pour chaque SAMU ou chaque SMUR. En effet, il y a souvent un nombre peu important de réponses concernant le même SMUR (minimum 1, maximum 9). Néanmoins, nous avons pu vérifier la cohérence des réponses provenant d'un même endroit.

III-4-b. Taille des SAMU-SMUR (IADE 2.4, IDE 2.4, MED 2.4)

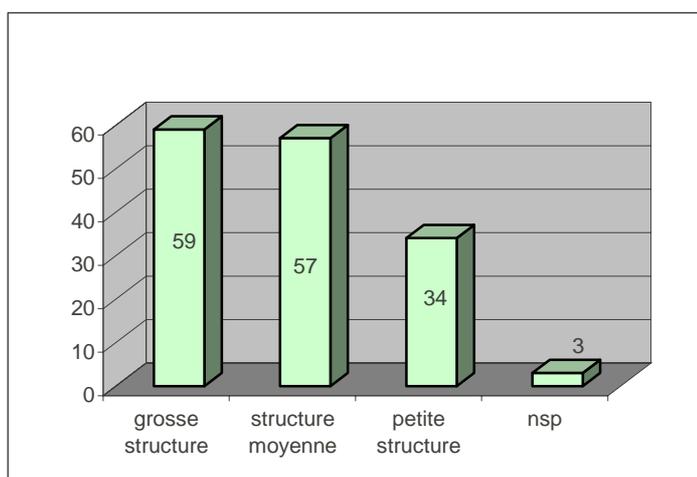


Figure 14 : Taille des structures estimée par les répondants

L'évaluation qualitative de la taille des SMUR par les personnels interrogés semble montrer une majorité de grosse et moyenne structure.

III-4-c. Dotation des SAMU-SMUR en véhicules (IADE 2.3, IDE 2.3, MED 2.3)

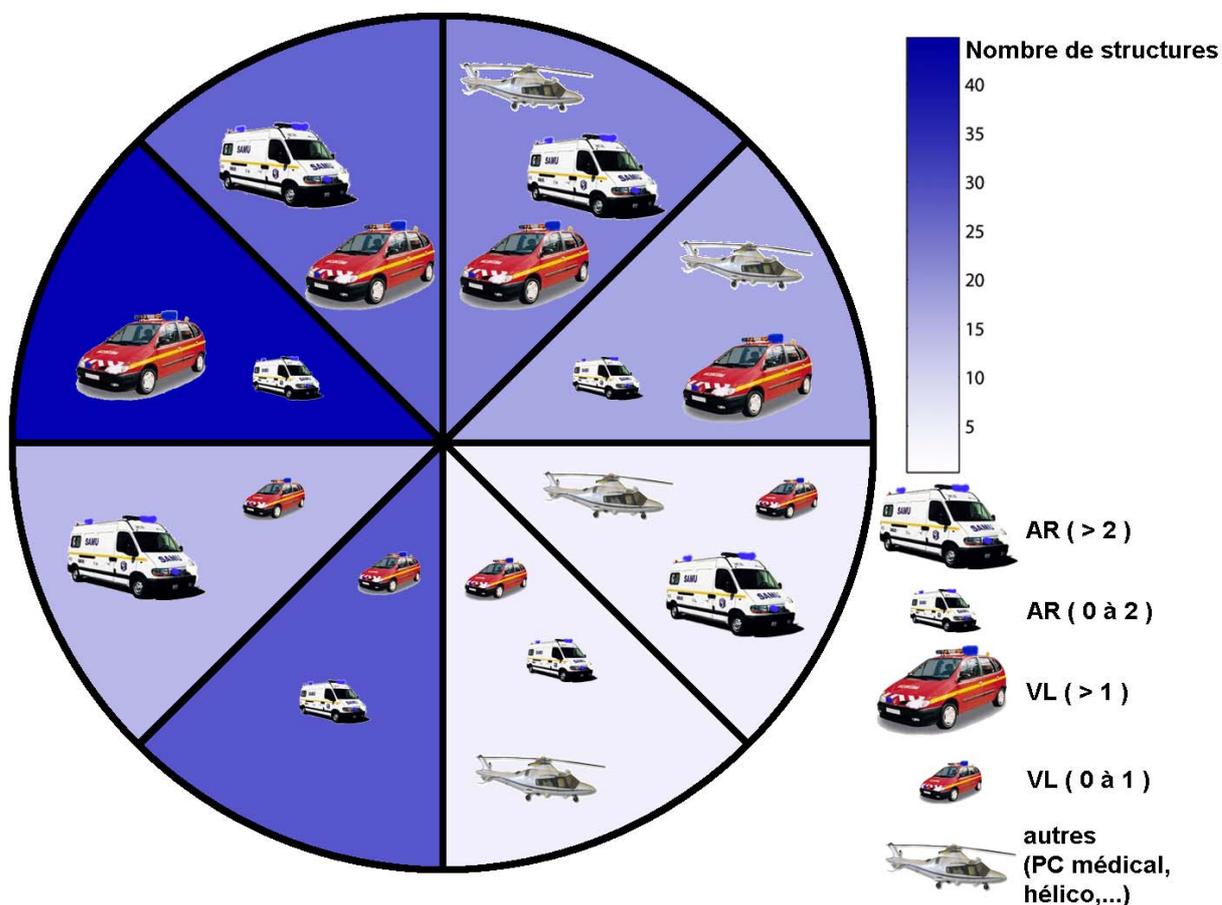


Figure 15 : profils types des SMUR en dotation de véhicules et leurs types

Ce graphique illustre les profils types des structures du point de vue des véhicules. Cela nous permettra d'ajuster la notion de « taille » des structures par la suite. La grande majorité des SMUR possèdent moins de 2 ambulances de réanimation et plusieurs véhicules légers. Arrivent ensuite à proportion égale les SMUR dotés de moins de 2 AR et 0 ou 1 VL (donc des petites structures) et les SMUR dotés de plus de 2 AR et de plusieurs VL.

III-4-d. Activité des SAMU-SMUR (IADE 2.5, IDE 2.5, MED 2.5)

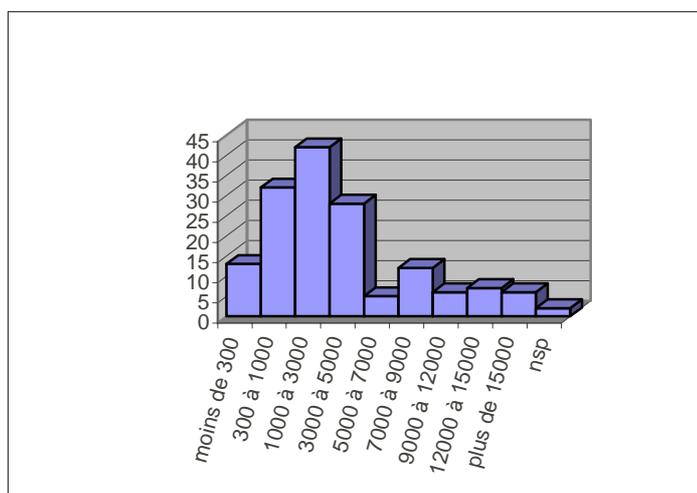


Figure 16 : Activité des SMUR en nombre de sorties par an

Du point de vue du nombre annuel de sorties effectuées, plus de 70% des structures effectuent moins de 5000 interventions. On devine ici que si la taille des structures indiquée plus haut devait tenir compte de l'activité annuelle, elle serait probablement surestimée.

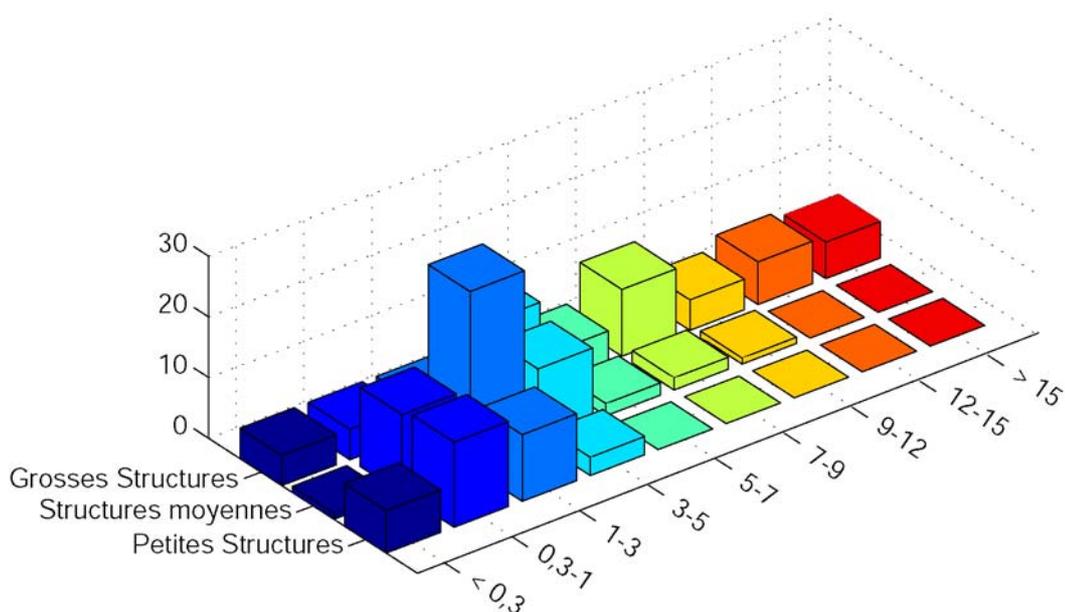


Figure 17 : corrélation entre la taille de la SMUR et le nombre de sorties

Cette corrélation montre que les grosses structures effectuent un nombre de sorties très variable. Les moyennes et petites structures quant à elles effectuent un nombre de sorties plus en rapport avec leur taille. Les tailles des SMUR sont ici indiquées par les personnels interrogés.

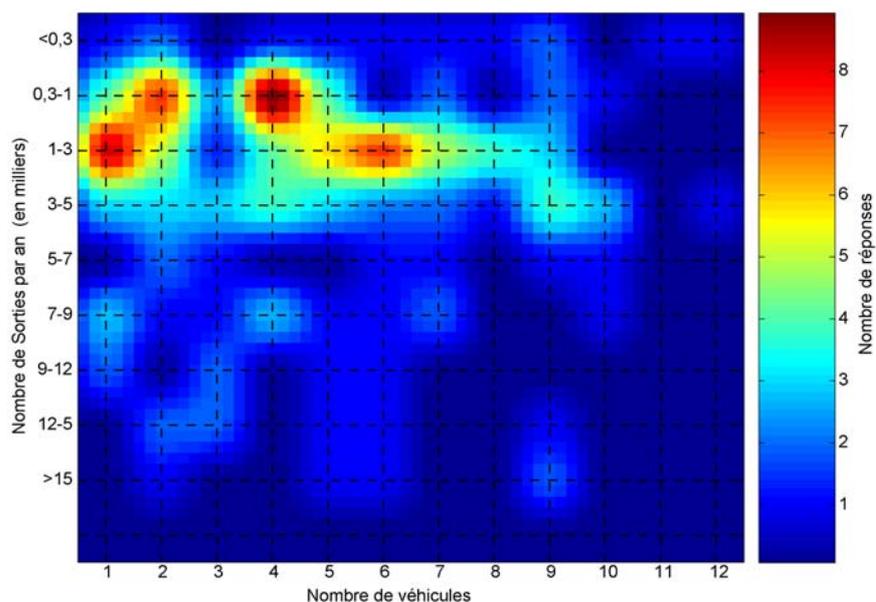


Figure 18 : corrélation entre le nombre de sorties et le nombre de véhicules

Cette corrélation montre que la majorité des structures sont dotées de 1 à 5 véhicules et effectuent de 1000 à 3000 interventions par an. Au vu de ces résultats, on peut donc estimer que la majorité des SMUR observés sont de taille « moyenne » avec une activité « moyenne ».

On peut notamment remarquer que le nombre de sorties ne coïncide pas avec le nombre de véhicule de la structure, le nombre moyen de sorties par véhicule et par jour variant de 1,4 à 8,2.

III-4-e. Personnel non médical dans les SMUR (IADE 2.6, IDE 2.6, MED 2.6)

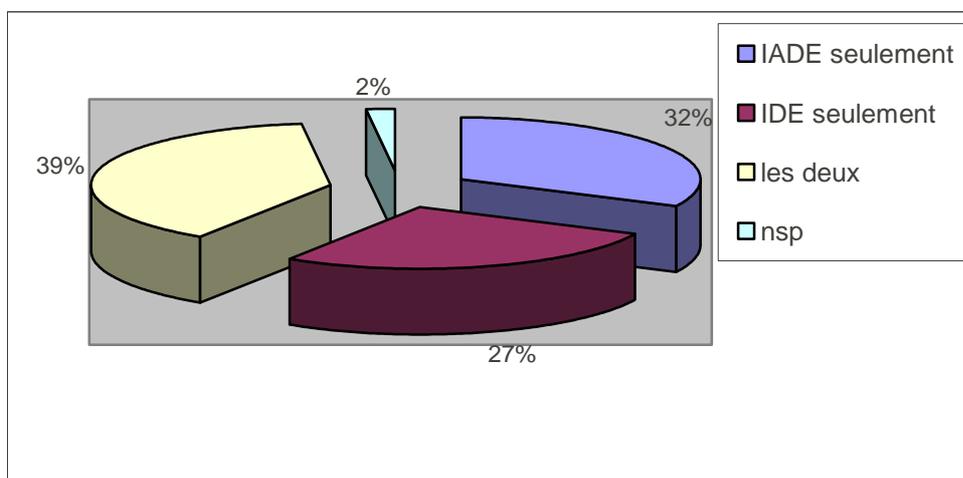


Figure 19 : Personnel non médical qui participe aux interventions

39% des SMUR interrogés travaillent aussi bien avec des IDE qu'avec des IADE. La proportion des SMUR exclusivement composés d'IADE ou d'IDE est comparable.

III-5. Exercice au quotidien des répondants

III-5-a. Ancienneté en SMUR (IADE 3.1, IDE 3.1, MED 3.1)

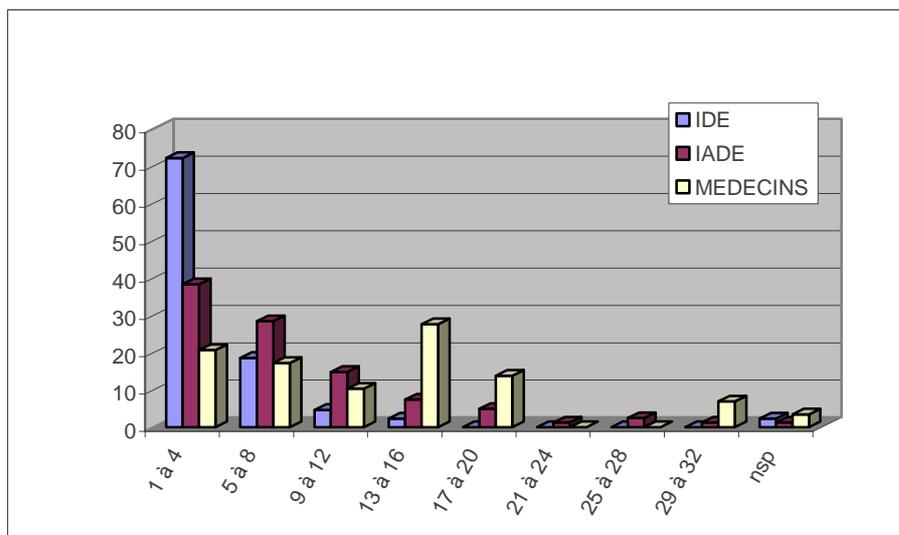


Figure 20 : Nombre d'années d'exercice en SMUR

Beaucoup d'IDE n'ont pas plus de 8 ans d'ancienneté en SMUR, la majorité en a moins de 4. Les IADE quant à eux présentent plus d'années d'expérience au SMUR et la courbe décroît plus lentement. On peut dire que tous les personnels paramédicaux interrogés sont relativement jeunes dans le milieu du SMUR mais que les IADE, d'après ces chiffres, restent plus longtemps en poste en SMUR. Les médecins sont aussi bien nouveaux qu'anciens dans le service, la distribution est dans leur cas beaucoup plus uniforme.

Ce graphique illustre plus clairement une notion que nous avons évoqué plus haut. En effet, la majorité des infirmiers qui travaillent en SMUR ont moins de huit ans d'ancienneté.

III-5-b. Polyvalence des IADE, des IDE, et des médecins (IADE 3.2, IDE 3.2, MED 3.2)

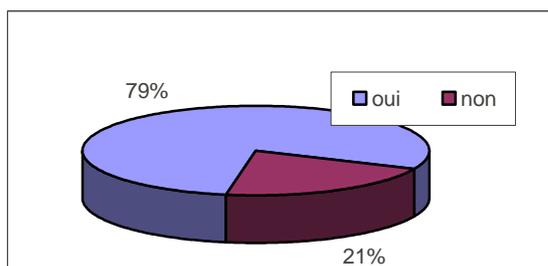


Figure 21 : Les IADE exercent-ils sur d'autres sites?

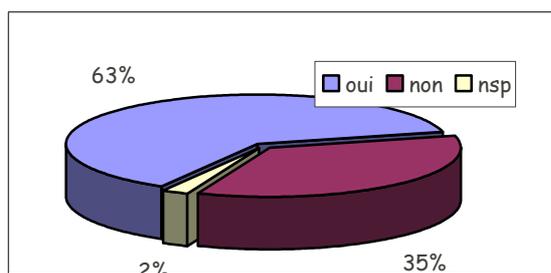


Figure 22 : Les IDE exercent-ils sur d'autres sites?

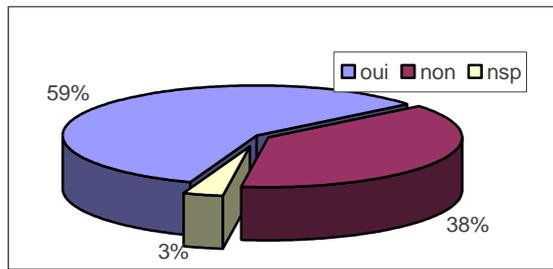


Figure 23 : Les médecins exercent-ils sur d'autres sites?

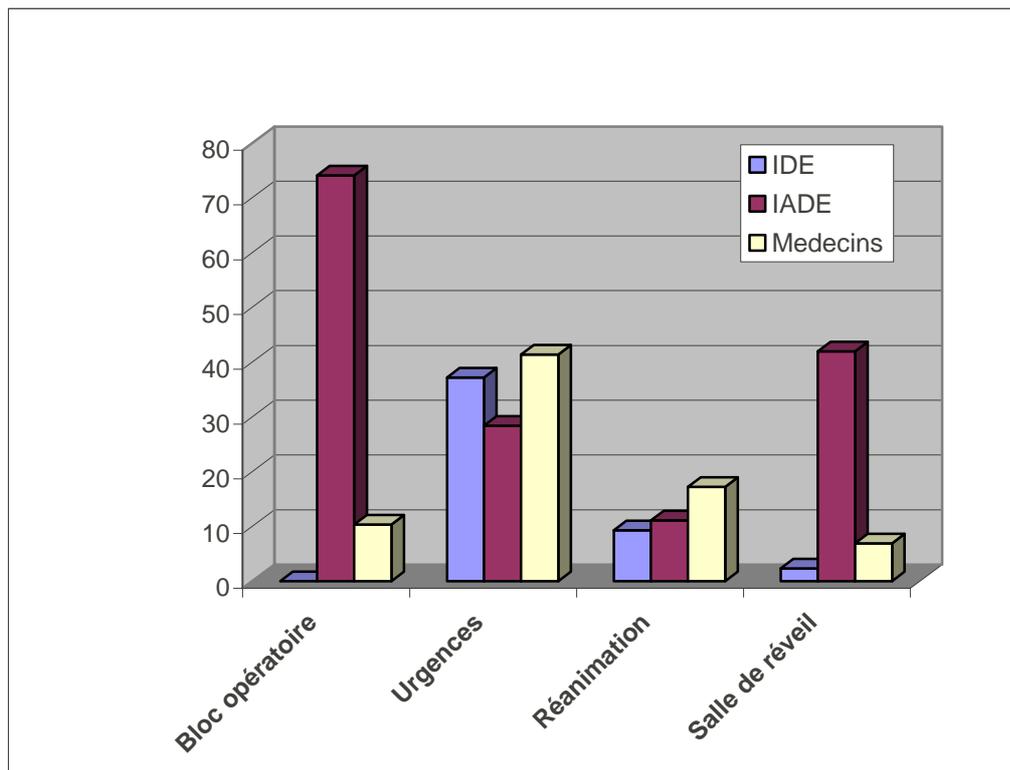


Figure 24 : Autres sites d'exercice

Ce sont les IADE qui travaillent le plus sur d'autres sites, probablement car leur spécialité leur confère une exclusivité d'exercice au bloc opératoire. Notons que 20% des IADE sont en poste fixe en SMUR. Les IDE et les médecins sont en proportions égales affectés à d'autres services. L'activité (autre que SMUR) majoritaire des IADE est l'anesthésie au bloc opératoire puis en SSPI et peu aux urgences. Par contre pour les IDE, ce sont les urgences qui sont le plus souvent citées, suivies par la réanimation. Les médecins, eux aussi, exercent surtout aux urgences et en réanimation. Les médecins CAMU sont plus souvent aux urgences,

les médecins anesthésistes réanimateurs sont plus souvent en réanimation et au bloc opératoire, mais presque jamais aux urgences.

III-5-c. Nature des interventions effectuées (IADE 3.3, IDE 3.3, MED 3.3)

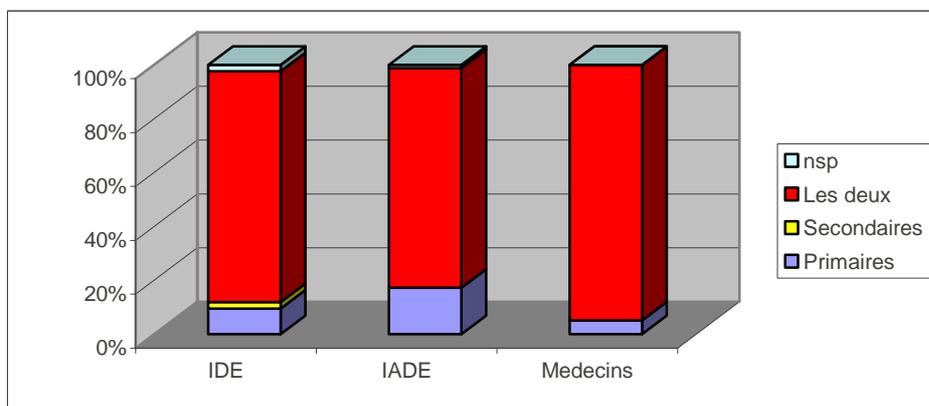


Figure 25 : Type d'interventions effectuées

La très grande majorité de tous les personnels effectuent tous les types d'interventions. Un peu plus d'IADE que d'IDE (en proportion) n'effectuent que des interventions primaires (différence non significative).

III-5-d. Médecins présents en intervention (IADE 3.4, IDE 3.4)

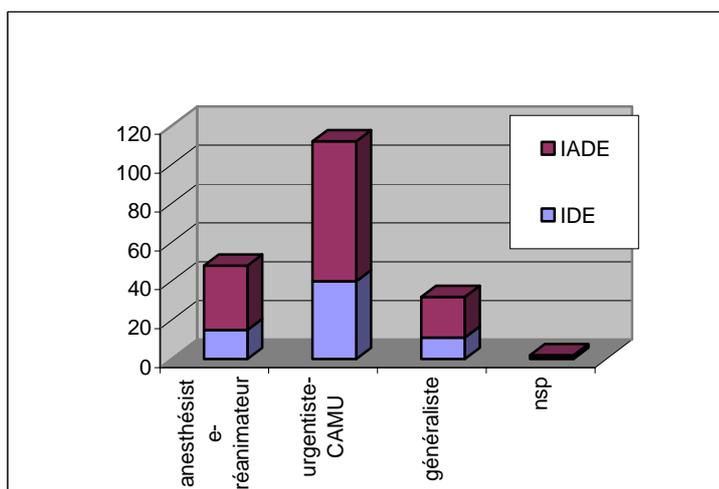


Figure 26 : Type de médecin présent en intervention

On rencontre en SMUR principalement des médecins CAMU. Les anesthésistes quant à eux représentent une proportion relativement élevée par rapport aux statistiques officielles. On remarque aussi une part non négligeable de médecins généralistes.

III-5-e. Présence d'un ambulancier en SMUR (IADE 3.5, IDE 3.5, MED 3.4)

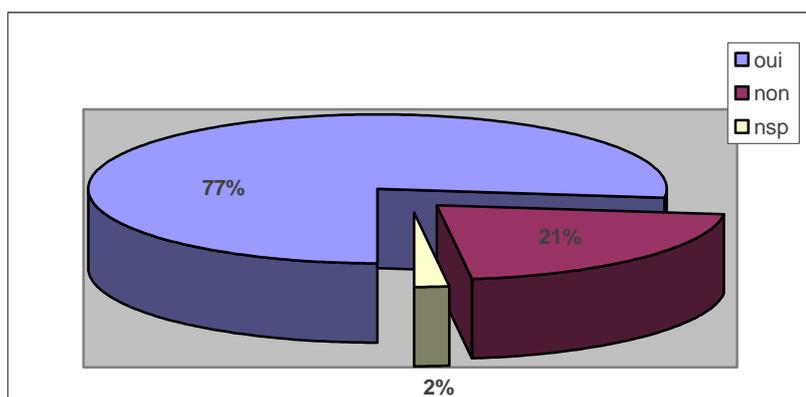


Figure 27 : Présence d'un ambulancier (en%)

L'article D 712-13 du Code de la Santé publique prévoit la présence obligatoire d'un ambulancier CCA dans chaque équipe. Or dans 21% des cas ils sont absents. En recoupant avec la taille des structures nous avons pu remarquer que près du tiers des petites structures n'ont pas d'ambulancier, 90% des grosses structures en ont un, 80% des moyennes structures en ont un.

III-5-f. Amplitude horaire des médecins (MED 3.6)

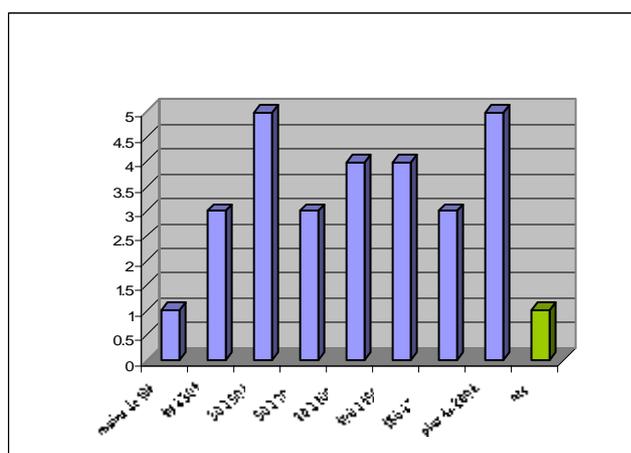


Figure 28 : Amplitude horaire mensuelle des médecins

"Spécificité des compétences de l'infirmier anesthésiste en SMUR"

Ludovic SCHAUB, Avril 2006.

Concernant l'amplitude horaire des médecins en SMUR, la distribution est large. En revanche, après corrélation, aucune conclusion ne peut être faite entre le volume horaire mensuel des médecins et la taille des structures.

III-6. La spécialité d'anesthésie

III-6-a. Missions transversales des IDE et des IADE (IADE 4.1, IDE 4.1)

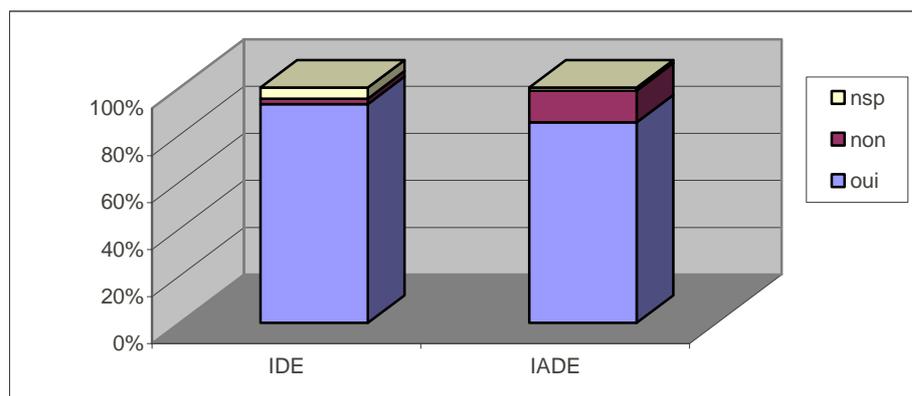


Figure 29 : Mission particulières confiées aux IADE et IDE ?

Selon le graphique précédent on peut remarquer qu'on ne confie pas de plus missions particulières (gestion du matériel, encadrement des étudiants,...) selon la spécialité de l'infirmier. La différence visible sur le graphique n'est pas significative.

Etonnamment, lorsque l'on recoupe l'ancienneté en SMUR du personnel avec l'affectation de missions particulières, on observe que majoritairement les IDE ont seulement 2 années d'expérience, alors que les IADE en ont plus de 5. Le même type de résultat est observable si l'on s'intéresse à l'âge du personnel.

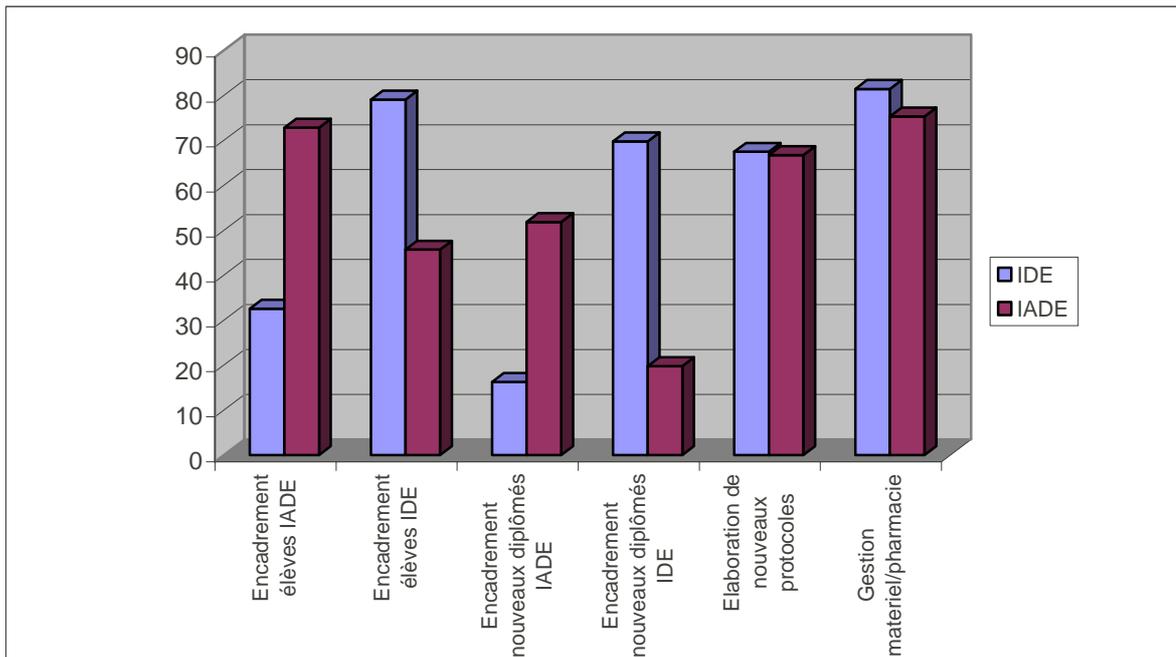


Figure 30 : Nature de ces missions particulières

Les IADE encadrent plus les étudiants IADE et inversement les IDE encadrent plus les étudiants IDE. On retrouve cette même distinction quant à l'encadrement des nouveaux diplômés. Les répartitions des autres missions (gestion, protocoles) sont comparables entre IDE et IADE.

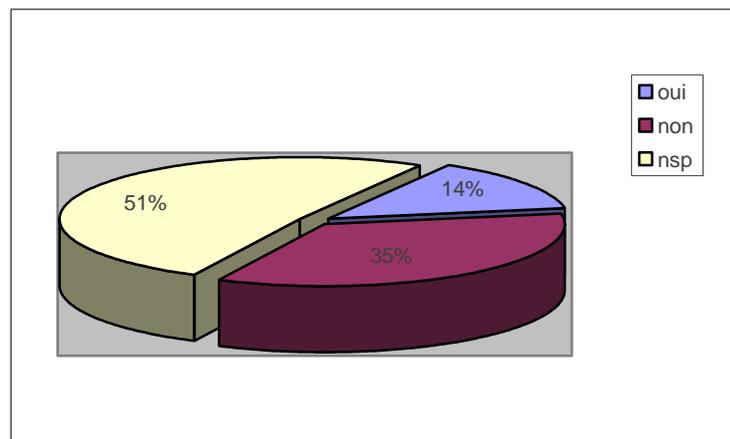


Figure 31 : Missions particulières confiées préférentiellement aux IADE de votre SMUR

Les cas de NSP correspondent tous aux structures sans IADE. Dans près du tiers des cas, on confie préférentiellement ces missions transversales aux IADE.

III-6-b. Projets de spécialisation des IDE (*IDE 4.3*)

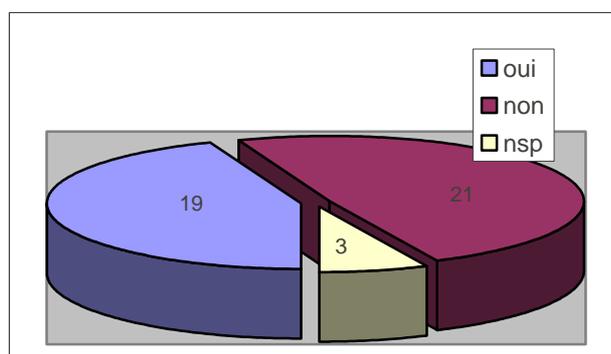


Figure 32 : Les IDE ont-ils un projet de spécialisation en anesthésie?

Près de la moitié des IDE de SMUR ont le projet de se spécialiser en anesthésie, l'enquête réalisée ne permettant pas de dire si ce souhait est à court terme.

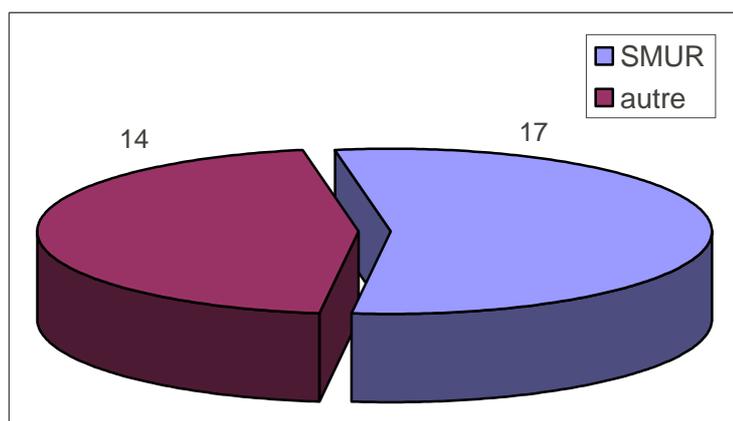


Figure 33 : Pour quel type d'exercice?

Plus de la moitié des IDE qui désirent devenir IADE envisagent de continuer à exercer en SMUR. 14 le souhaitent pour éventuellement exercer au bloc opératoire entre autres. Près des deux tiers « futurs » IADE souhaitent exercer à la fois au SMUR et au bloc.

III-6-c. Une future spécialisation d'IDE « urgentiste » ? (IDE 4.4)

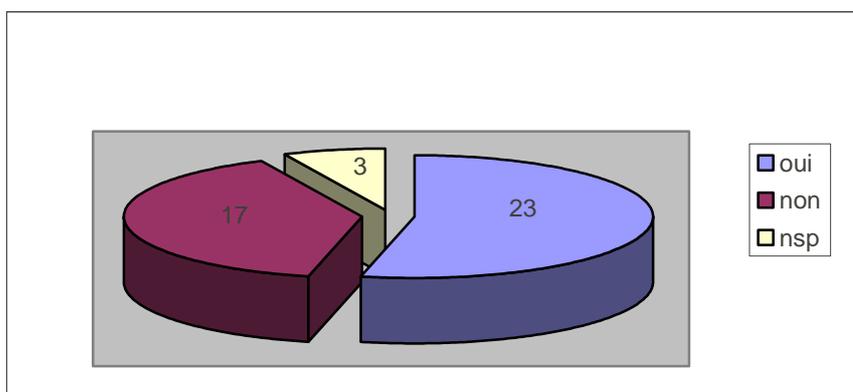


Figure 34 :IDE : Croyez-vous à la création prochaine d'une spécialité d'infirmier urgentiste?

Une large moitié des IDE ne pensent pas qu'une spécialisation d'infirmier « urgentiste » verra prochainement le jour, 3 ne se prononcent pas. Par corrélation, on remarque que 70% des IDE qui prévoient de se spécialiser (en anesthésie) ne croient pas en une prochaine création de spécialité d'urgentiste. Inversement parmi ceux qui ne prévoient pas de se spécialiser, 70% croient à la création de cette spécialisation.

III-6-d. Avis sur la spécialité d'anesthésie en SMUR (IADE 4.2, IDE 4.4)

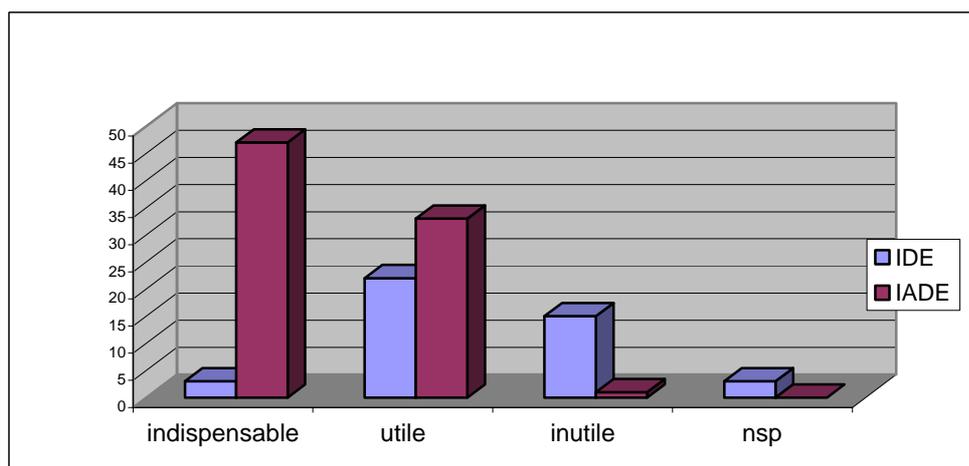


Figure 35 : Intérêt de la spécialité d'anesthésie en SMUR

"Spécificité des compétences de l'infirmier anesthésiste en SMUR"

Ludovic SCHAUB, Avril 2006.

Logiquement, lorsque l'on interroge les IADE sur l'intérêt de la spécialité en SMUR, ce sont les adjectifs « indispensable » et « utile » qui prédominent. La même tendance est observée chez les IDE qui prévoient de se spécialiser en anesthésie. Néanmoins un tiers des IDE ne souhaitant pas se spécialiser considèrent « utile » la spécialité.

III-6-e. Reconnaissance de la spécialité d'anesthésie (IADE 4.3)

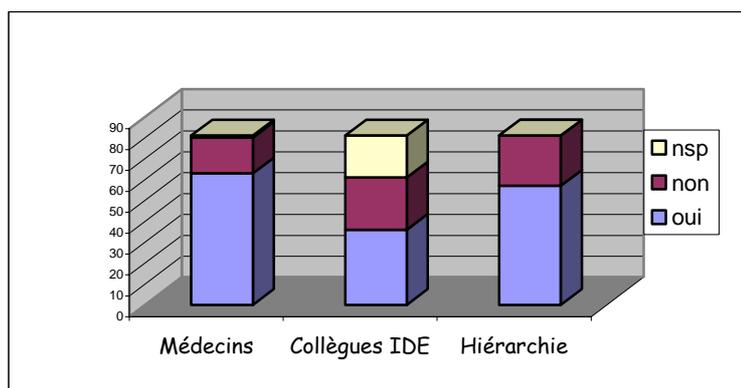


Figure 36 : IADE : Spécialité "reconnue" dans votre exercice par :

Les IADE considèrent que leur spécialité est globalement reconnue dans leur exercice. Les cas où les IADE ne se prononcent pas correspondent toutes à des structures sans IDE.

III-6-f. Formations supplémentaires des IDE de SMUR (IDE 4.5)

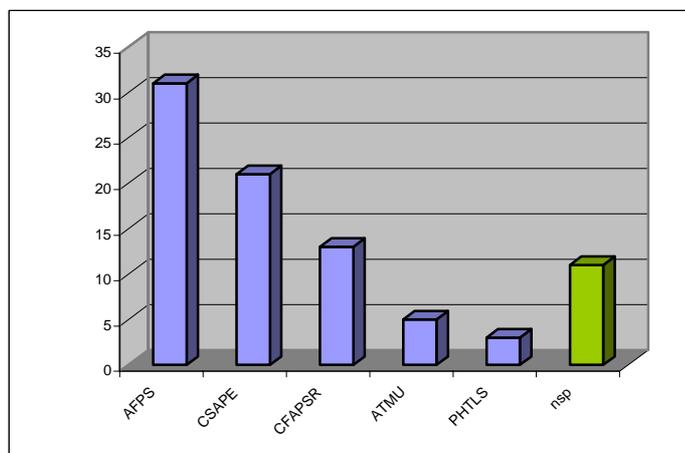


Figure 37 : Formations complémentaires des IDE de SMUR

"Spécificité des compétences de l'infirmier anesthésiste en SMUR"

Ludovic SCHAUB, Avril 2006.

Quasiment tous les IDE possèdent l'AFPS et la moitié indiquent détenir le CFAPSE. Le CFAPSR est quant à lui obtenu au sein d'une brigade de Sapeurs Pompiers, près du tiers des IDE de SMUR seraient donc pompiers volontaires ou professionnels.

III-6-g. Evaluation et auto-évaluation des compétences des IADE et des IDE en SMUR (IADE 4.4, IDE 4.7, MED 4.1)

- 1 Intubation
- 2 Pose de voie veineuse périphérique
- 3 Pose de cathéter artériel
- 4 Connaissances pharmacologiques
- 5 Connaissance de l'anesthésie générale, induction en séquence rapide
- 6 Sédation, sédation-analgésie
- 7 Connaissances en anesthésie loco-régionale
- 8 Connaissances en physiopathologie
- 9 Prévention des complications que pourraient présenter le patient
- 10 Certaine autonomie (anticipation de la prise en charge du patient)
- 11 Connaissance du matériel
- 12 Encadrement des étudiants IDE et IADE
- 13 Participation à l'établissement de protocoles
- 14 Petites « astuces » au quotidien
- 15 Traitement de la douleur
- 16 Relation avec le patient et la famille

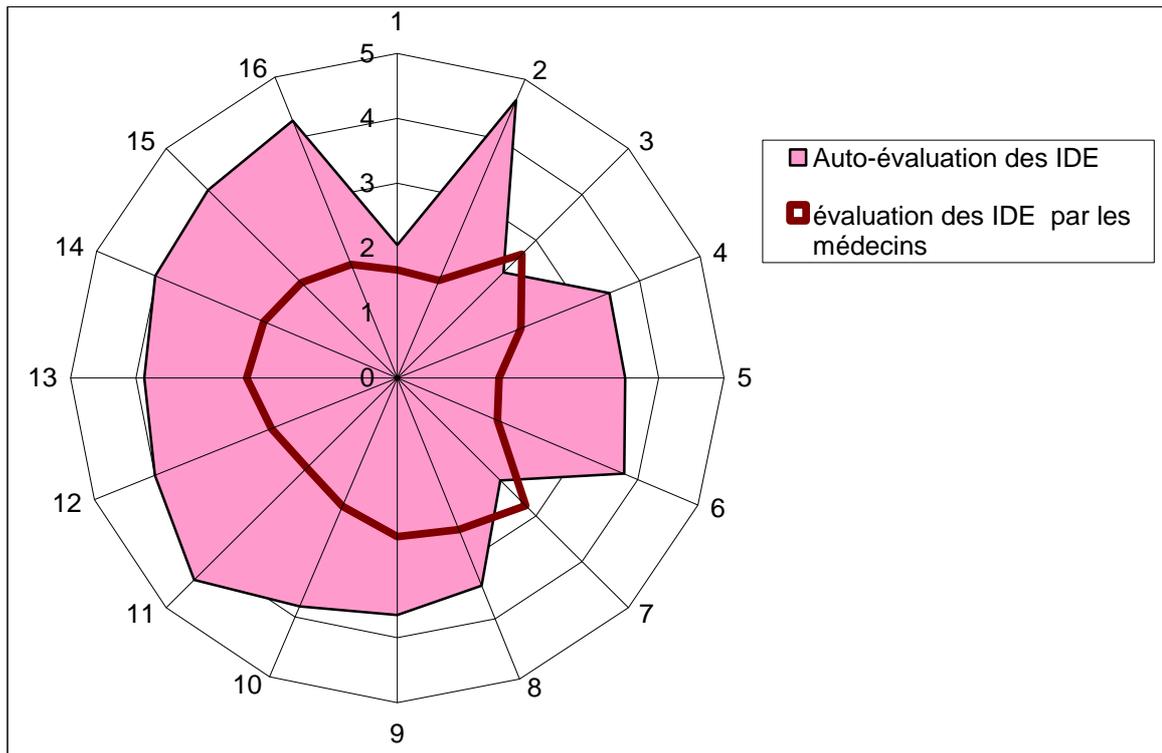


Figure 38 : Auto-évaluation des IDE et évaluation des IDE par les médecins

A part l'intubation, la pose de cathéters artériels et l'ALR, les IDE auto évaluent leurs pratiques de manière homogène et au dessus de la moyenne.

Rappelons que l'intubation et la pose de cathéter artériel ne font pas partie du décret de compétence des IDE. Le faible score concernant les ALR s'explique notamment par leur utilisation restreinte en SMUR.

Pour l'ensemble des pratiques évaluées, les médecins ont un avis réservé quant aux compétences des IDE par comparaison avec l'auto-évaluation. Dans quelques domaines, on observe une différence très significative entre l'évaluation du médecin et l'auto-évaluation de l'IDE. C'est en particulier le cas pour les VVP

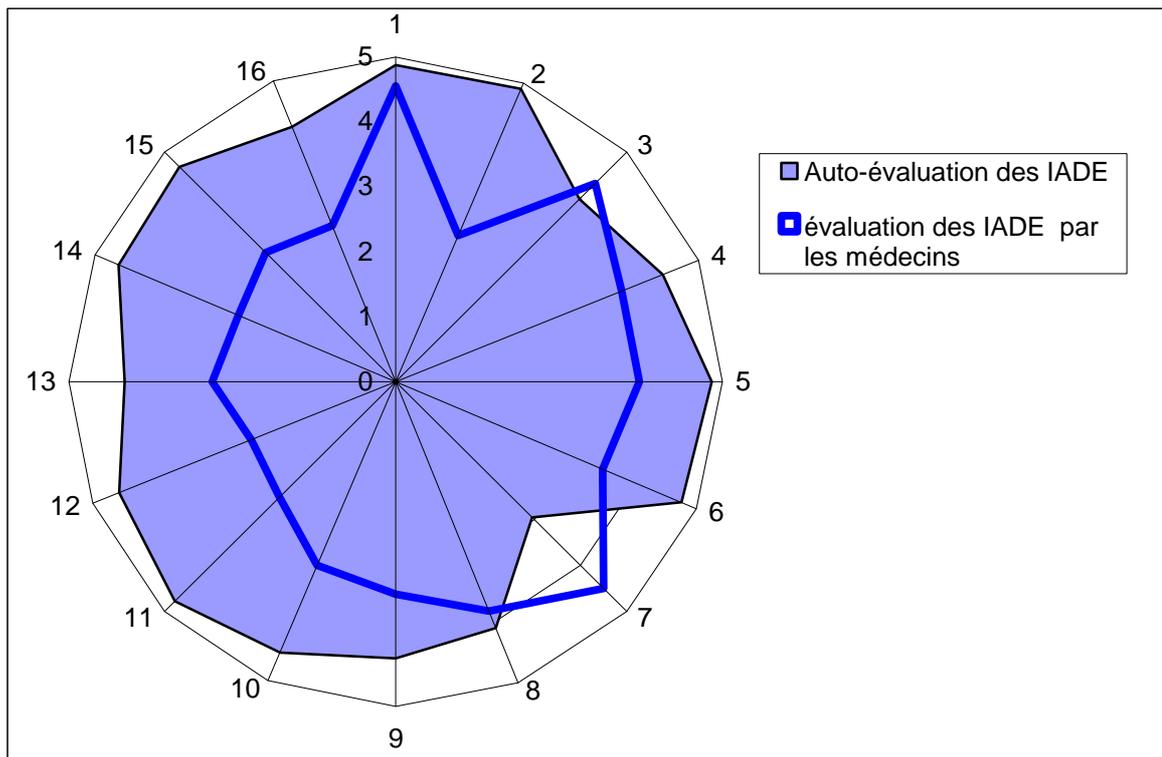


Figure 39 : Auto-évaluation des IADE et évaluation des IADE par les médecins

Lorsqu'on interroge les IADE sur leurs compétences, on observe de meilleures moyennes comparées aux IDE. Les pratiques les moins bien cotées sont, comme pour les IDE, les ALR et les poses de cathéters artériels. Comme précédemment, la faible fréquence de ces gestes peut expliquer cette particularité.

L'avis des médecins sur les compétences des IADE est significativement au dessus de la moyenne (ce qui n'est pas le cas pour les IDE). La comparaison entre l'autoévaluation par les IADE et l'avis des médecins est de nouveau assez dissemblable, mais de façon moins nette que chez les IDE.

Lorsque l'on analyse la moyenne générale des notes de compétences des IADE par autoévaluation, on obtient une moyenne de 4,4 sur 5 (3,5 sur 5 pour les IDE), ce qui est particulièrement élevé.

Pour les IADE également, la compétence en matière de pose de VVP n'est que légèrement supérieure à la moyenne selon les médecins bien que l'autoévaluation soit excellente.

En revanche, il est étonnant de constater que les médecins « sur-notent » les IADE pour les ALR et les cathéters artériels.

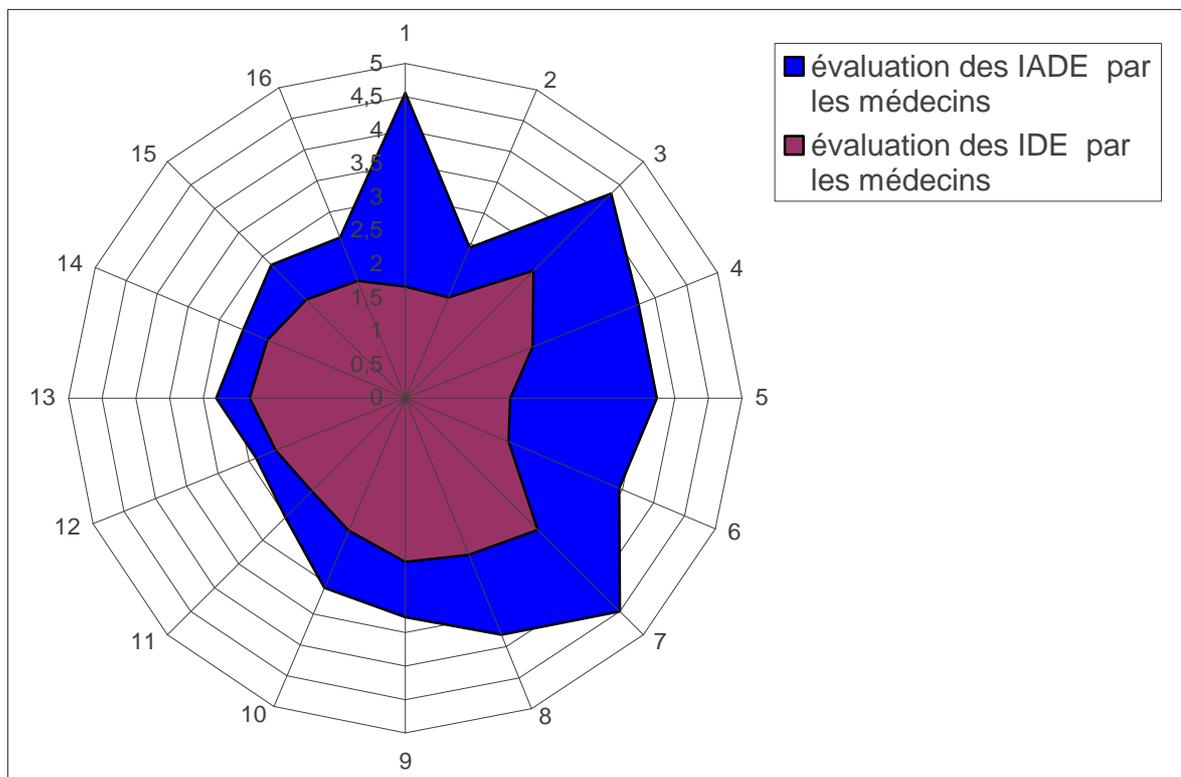


Figure 40 : Evaluation des IADE et des IDE par les médecins

Afin d'éviter la subjectivité des réponses des IDE et des IADE, nous avons choisi de comparer les évaluations des médecins. Il apparaît ici de manière très nette que, au vu des médecins, les IADE semblent être plus compétents dans toutes les différentes pratiques exercées au SMUR. Cela est particulièrement visible pour les 7 premiers items (à l'exception de la pose de VVP) qui correspondent aux notions uniquement étudiées durant la formation d'anesthésie.

III-6-h. Polyvalence indispensable pour les IADE (IADE 4.5)

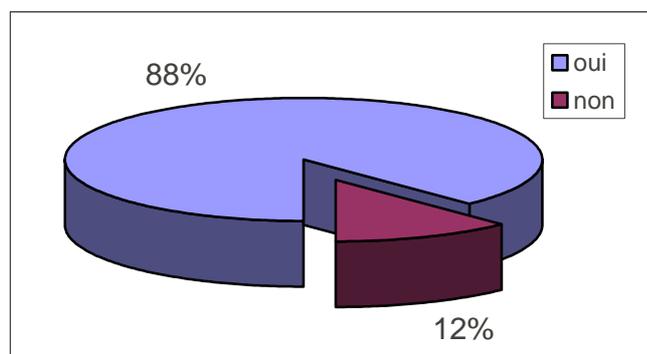


Figure 41 : Activité de bloc opératoire indispensable pour les IADE de SMUR

La très nette majorité des infirmiers anesthésistes pensent qu'il est nécessaire de conserver une activité de bloc opératoire pour maintenir à niveau leurs compétences en anesthésie. Les 12% correspondent à des IADE n'exerçant qu'en SMUR.

III-6-i. Critères de recrutement des IDE & IADE en SMUR (MED 4.3)

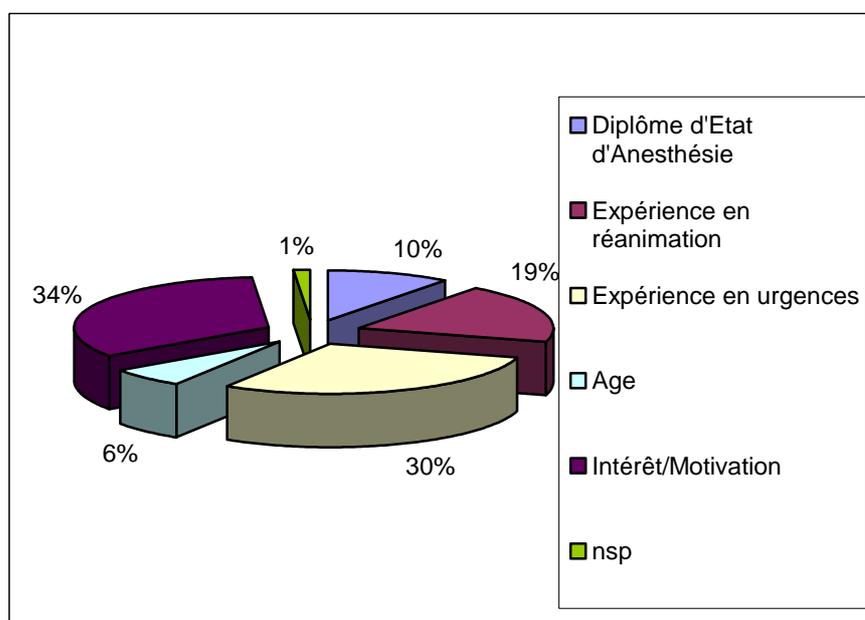


Figure 42 : Critères de recrutement des IADE et IDE en SMUR selon les médecins

Selon les médecins interrogés, les critères de recrutement d'un infirmier (IADE ou pas) en SMUR sont principalement l'expérience antérieure (urgence et réanimation) et la motivation du candidat. Le diplôme d'anesthésie ne représente pas le critère fondamental. Les statistiques le montrent : les IADE proviennent des services d'urgences, de réanimation et de SSPI ; ils correspondent ainsi intrinsèquement au profil dressé par les médecins.

III-6-j. Formation complémentaire d'adaptation au SMUR (MED 4.3)

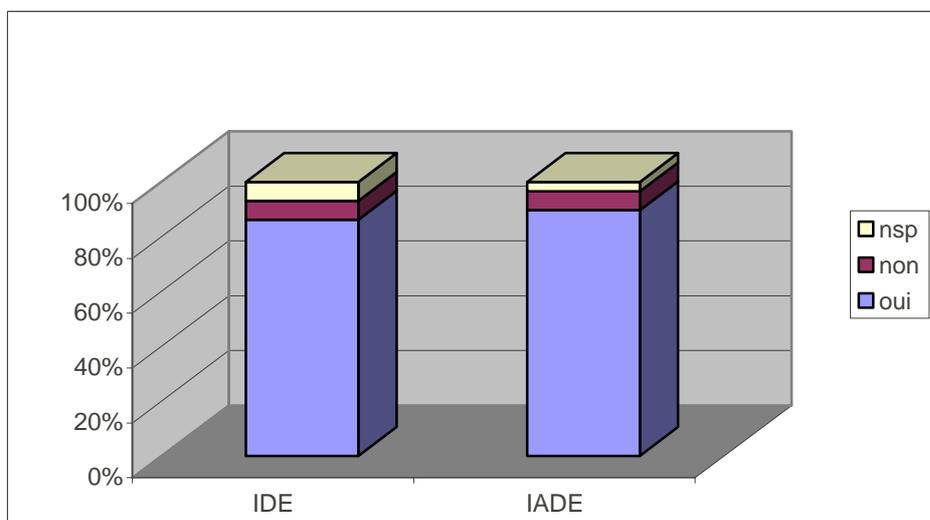


Figure 43 : Formation complémentaire d'adaptation à l'arrivée en SMUR

On remarque ici que pour les médecins, le diplôme est en lui-même pas une garantie d'adaptation immédiate au SMUR, les IDE et les IADE devraient, selon 90% des médecins interrogés, bénéficier d'une formation spécifique à l'urgence préhospitalière.

III-6-k. Ancienneté de la présence d'IADE dans les SMUR (IADE 4.6, IDE 4.8, MED 4.4)

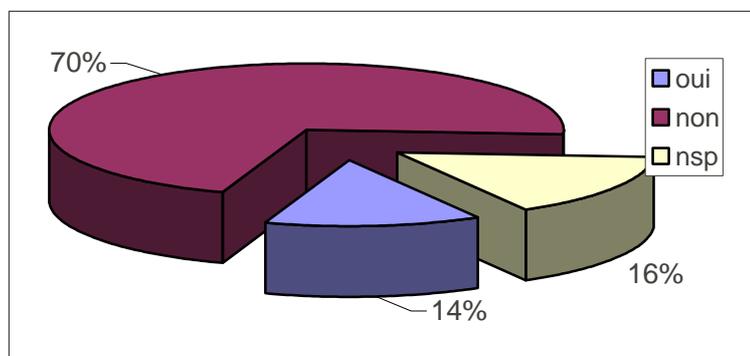


Figure 44 : La présence d'IADE dans votre SMUR est-elle récente?

Dans beaucoup de cas, la présence d'IADE dans les SMUR n'est pas récente. Seul 14% des personnes interrogées notent l'apparition récente d'IADE dans leur structure.

III-6-l. Nombre d'IADE présents en SMUR (IADE 4.7, IDE 4.9, MED 4.5)

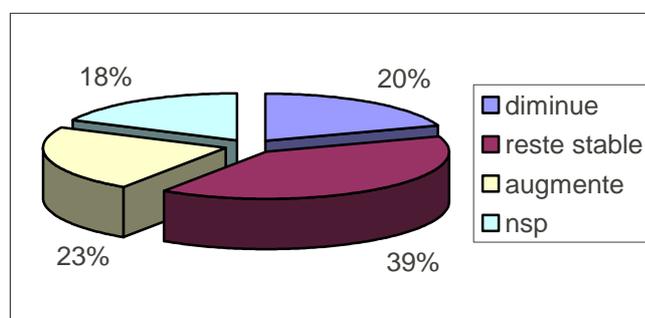


Figure 45 : Le nombre d'IADE dans votre SMUR...

Ce graphique traduit une stabilité globale des structures en terme d'effectif d'IADE.

III-6-m. Créations de postes d'IADE (IADE 4.8, IDE 4.10, MED 4.6)

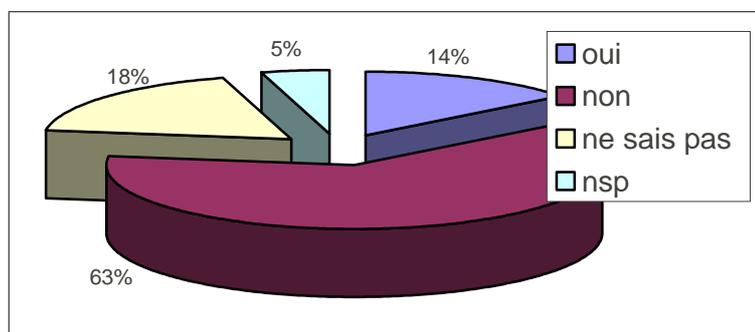


Figure 46 : Création prochaine de postes d'IADE

Peu de SMUR envisagent de créer prochainement des postes d'IADE selon les personnes interrogées. Il est probable que les personnes n'ayant pas connaissance d'une éventuelle création de poste répondent soit « non » soit « ne sais pas », la frontière entre ces deux catégories de réponse est donc ambiguë.

III-6-n. Fiches de poste des IDE et des IADE (IADE 4.9, IDE 4.11, MED 4.7)

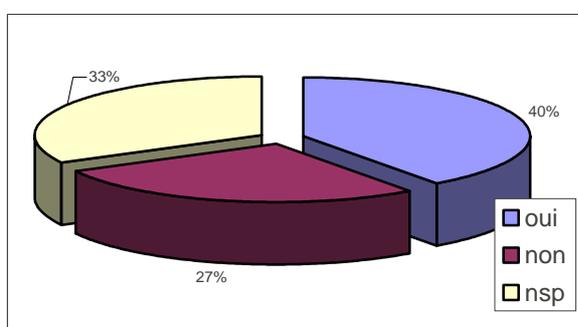


Figure 47 : Fiches de postes IADE et IDE identiques

Dans une faible majorité des cas, les fiches de postes des IADE et des IDE ne sont pas différenciées.

III-6-o. Raisons de la rareté des IADE en SMUR (IADE 4.10, IDE 4.12, MED 4.8)

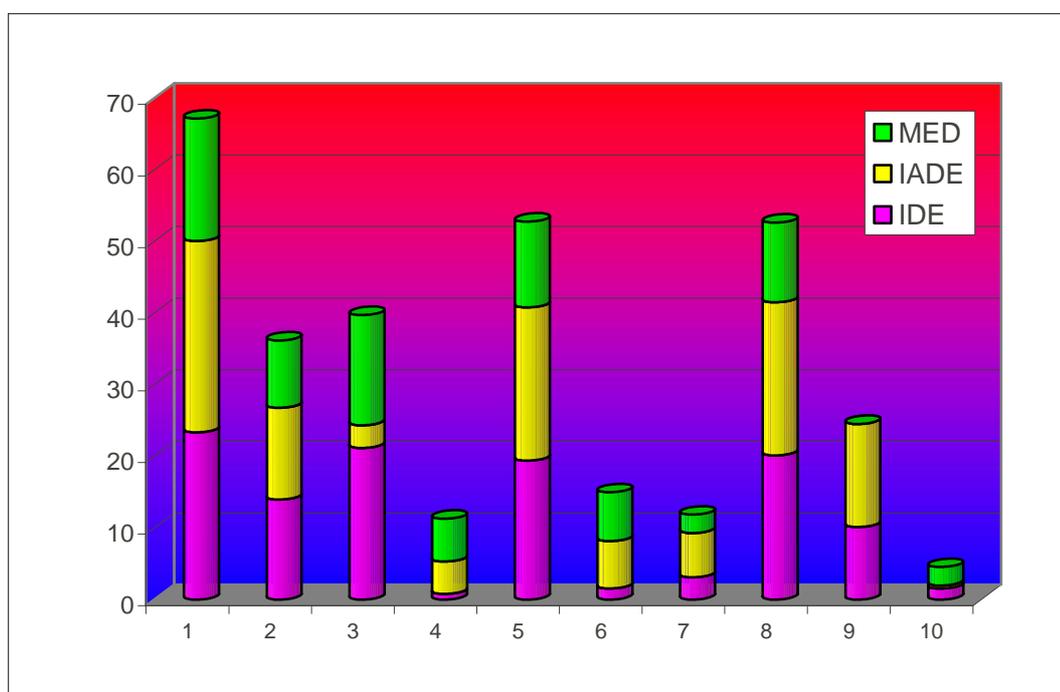


Figure 48 : Raisons de la rareté des IADE en SMUR (et légende ci-dessous)

- 1 Pénurie d'IADE
- 2 Formation en anesthésie peu utilisée en SMUR
- 3 Expérience en réa ou urgences suffisante
- 4 Horaires contraignants par rapport au bloc
- 5 Raisons budgétaires
- 6 Manque d'intérêt des IADE pour le SMUR
- 7 Bloc opératoire plus « confortable »
- 8 Volonté de la hiérarchie
- 9 Volonté des médecins du service
- 10 Ne se prononce pas

Dans leur ensemble, tous les personnels estiment que les principales raisons de la « rareté » des IADE aux SMUR sont la « pénurie », des raisons budgétaires et une certaine volonté de la hiérarchie.

On remarque que les IDE font valoir leur expérience de réanimation.

"Spécificité des compétences de l'infirmier anesthésiste en SMUR"

Ludovic SCHAUB, Avril 2006.

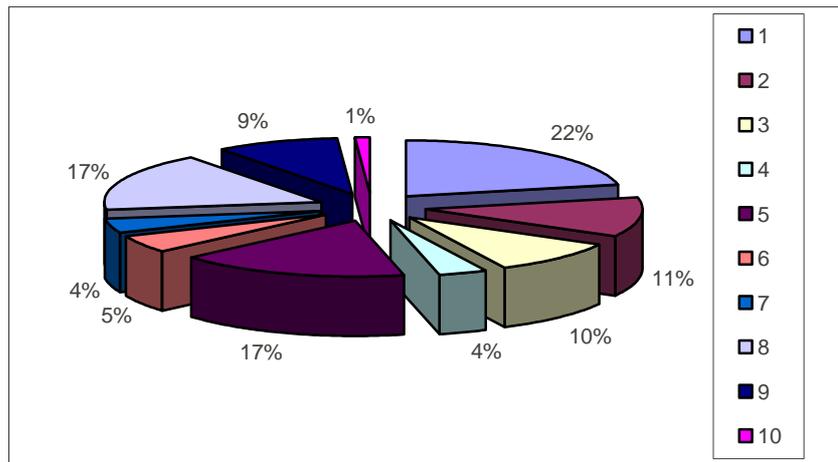


Figure 49 : Raison de la rareté des IADE en SMUR (tous personnels confondus)

Lorsque l'on analyse les résultats quant à la rareté des IADE en SMUR toute catégorie de personnel confondu, on peut voir l'hétérogénéité des raisons invoquées.

III-6-p. Engager plus d'IADE en SMUR ? (MED 4.9)

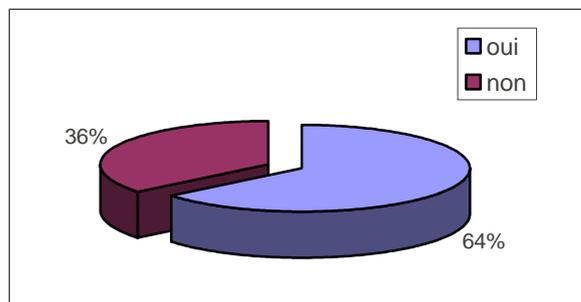


Figure 50 : Souhait des médecins de voir plus d'IADE dans les SMUR

Dans leur majorité, les médecins confirment dans leur intérêt à la spécialité d'anesthésie des infirmiers en souhaitant à 64% d'entre eux que les SMUR fassent le choix d'engager plus IADE.

IV. CONCLUSION

L'enquête que nous avons réalisée avait pour but d'infirmer ou de confirmer l'hypothèse selon laquelle « les formations initiales et continues ainsi que l'expérience professionnelle de l'infirmier anesthésiste garantissent l'utilité de ses compétences propres au sein d'une équipe de SMUR ». Elle semble maintenant confirmée.

L'analyse des résultats montre de façon nette que l'IADE a bien sa place en SMUR. Loin d'être un « gâchis » de compétences (lorsque l'on évoque la faible fréquence des intubations en intervention par exemple...), l'IADE en SMUR est, comme le souligne le professeur Barrier en 1994 dans son rapport, « le collaborateur idéal » du médecin.

En aucun cas il est question de remettre en cause le bénéfice d'une formation d'anesthésie pour un infirmier désirant exercer en SMUR. Nous l'avons montré, les IDE, les IADE et les médecins reconnaissent largement les compétences spécifiques de l'infirmier anesthésiste.

Nous irons plus loin en affirmant que la formation d'anesthésie délivrée pendant deux ans est la plus adaptée pour un infirmier désirant exercer en SMUR. Certains auteurs préconisent par ailleurs une expérience de deux années en bloc opératoire, afin de parfaire les techniques, avant d'envisager d'intégrer un SMUR.

Des questions de l'enquête, semblant parfois éloignées du sujet initial, nous ont permis de comprendre un peu mieux la démographie des personnels non médicaux des SMUR. Nous avons pu préciser les conditions matérielles et humaines dans lesquelles évoluent les infirmiers en SMUR.

Les raisons expliquant que les IADE sont peu nombreux dans les SMUR de France sont, au vu des résultats de l'enquête, moins complexes que nous avons prévu.

C'est bien la pénurie d'IADE et le surcoût engendré qui apparaissent comme les principaux facteurs de la faible présence des IADE en SMUR.

Une fois de plus, il n'est pas question ici d'opposer IDE et IADE, et encore moins d'évoquer une « exclusivité » des compétences de l'IADE en SMUR.

Les IADE, le jour où ils seront suffisamment nombreux au bloc opératoire, pourront ils faire valoir la spécificité de leurs compétences en SMUR et y exercer ?

V. BIBLIOGRAPHIE

V-1. OUVRAGES

1. C.Pineau, D.Janniere - « Infirmiers anesthésistes dans les situations de catastrophe », l'urgence préhospitaliere, Editions Arnette, 2000.
2. B.Hospital, F.Deschamps - « SAMU, SMUR, CESU : structure et organisation » - JEPu, XXII ème réunion de perfectionnement des infirmiers anesthésistes, PARIS, Editions ARNETTE, 2000.
3. C.Clutier, JC.Chareyre, C.Chabaux, S.Vincent, M.Piret, C.Choux - « Objectif qualité en SMUR » - JEPu, XXII ème réunion de perfectionnement des infirmiers anesthésistes, PARIS, Editions ARNETTE, 2000.
4. B.Garrigue - « Gestion et vigilances des dispositifs médicaux en SAMU/SMUR » - JEPu, XXII ème réunion de perfectionnement des infirmiers anesthésistes, PARIS, Editions ARNETTE, 2000.
5. P.Tiquet, E.Clerfayt, A.Facon - « Réalisation préhospitaliere d'une sédation-analgésie d'un patient en ventilation spontanée » - JEPu, XXII ème réunion de perfectionnement des infirmiers anesthésistes, PARIS, Editions ARNETTE, 2000.
6. J.L'Hermite, F.Hernandez, JE.de La Coussaye - « sédation analgésie du patient ventilé en extrahospitalier » - JEPu, XXII ème réunion de perfectionnement des infirmiers anesthésistes, PARIS, Editions ARNETTE, 2000.
7. M.Nicolet - « L'infirmier anesthésiste » - Médecines Sciences Flammarion, 2003.

8. C.Peterhansel, P.Vilcoq, F.Gouin - « Prévention et gestion des situations critiques » - Les situations critiques au bloc opératoire : les hommes, le matériel, Editions ARNETTE, 1999.
9. C.Lecat - « Rôle de l'infirmier anesthésiste dans le système de matériovigilance » - La matériovigilance, Editions ARNETTE, 1999.
10. C.Bertrand, M-J.Raynal, C.Ammirati, P.Goldstein - « Organisation de l'urgence préhospitalière en France, les textes réglementaires, le rôle des Samu » - Les urgences pré-hospitalières, J.E de La Coussaye, Masson, Avril 2003.

V-2. ouvrages collectifs, Congrès, Conférences

1. G.Kierzek, JL.Pourriat - « Sédation en médecine d'urgence », Médecine d'urgence 2003, 45^{ème} Congrès national d'anesthésie et de réanimation, 2003.
2. J.Gaudillière - « Bénéfices de la formation d'infirmier anesthésiste diplômé d'Etat pour la participation à la prise en charge de l'urgence », Journée des infirmier(e)s anesthésistes, d'urgence et de réanimation 2005, 47^{ème} Congrès national d'anesthésie et de réanimation, la collection de la SFAR, 2005.
3. C.Pouenat, B.Mantz, C.Telion, P.Carli - « Place de l'infirmier (ière) anesthésiste au SMUR », Journée des infirmier(e)s anesthésistes, d'urgence et de réanimation 2005, 47^{ème} Congrès national d'anesthésie et de réanimation, la collection de la SFAR, 2005.
4. P.Kervorkian - « Place de l'IADE en SMUR », 5^{ème} rencontre du GREIA (Groupe de Recherche et d'Echanges des Infirmiers Anesthésiste, Hôtel Dieu AP-HP, Octobre 2005.

"Spécificité des compétences de l'infirmier anesthésiste en SMUR"

Ludovic SCHAUB, Avril 2006.

V-3. REVUES et PERIODIQUES

1. F.Giraud-Rochon - « La compétence de l'IADE dans la gestion d'un environnement dynamique » - OXYMAG, N°80, Pages 4-8, Février 2005.
2. JM.Assie, E.Barrau, MP.Robert, S.Rouanet - « L'IADE en SMUR : 8 ans d'expérience au SMUR d'Albi » - La revue des SAMU, N°149, 269-270, 2000.
3. B.Goddet, - « La médecine d'urgence, une spécialité reconnue mais encore a construire » - OXYMAG, N°82, Page 27, Juin 2005.
4. M.Bronner, F.Durrieu, C.Italiano, CH.Sterckman, E.Nicaud, S.Demaisonneau - « Les infirmiers de l'aide médicale urgente : résultats de deux enquêtes nationales, 1996 et 1997 » - La revue des SAMU, N°141, 84-85, 1999.
5. S.Bourgeois, P.Bruge, X.Combes, C.Bertrand, M.Dru - « Enquête sur les besoins en formation des médecins des SAMU-SMUR » - La revue des SAMU, N°164, 164-167, 2003.
6. JL.Pourriat - « Sédation en médecine d'urgence : pour l'urgence d'une définition » - Annales françaises d'anesthésie et de réanimation, Vol 21, 757-759, 2002
7. B.Michiellini, J.Lescoat, AH.Chopin, X.Donin de Rosière, A.Robin, X.Barbeau, G.Mehu, J.Marichy - «Sédation-Analgésie pré-hospitalière, enquête nationale, mars 1998 » - La revue des SAMU, N°146, 68-75, 2000.
8. N.Cholin - « L'infirmière au SMUR » - SOINS, N°593, Février 1995.

9. AM.Ventaux, NA.Goddet - « Les infirmières dans les SAMU et les SMUR » - SOINS, N°593, Février 1995.
10. E.Cassanas - « L'IADE au SMUR » - SOINS, N°593, Février 1995.
11. V.Ogel, JM.Duquesne - « Historique de l'aide médicale urgente » - SOINS, N°593, Février 1995.
12. F.Belotte - « Le SMUR : Evolution et perspectives. » - SOINS, N°593, Février 1995.
13. I.Forestier, M.Chaumeil - « L'urgence en SMUR, au-delà de la technicité : le soin » - L'INFIRMIERE MAGAZINE, N°125, 35-40, Mars 1998.
14. C.Lefevre, D.Michel, JP.Cantineau - « Le SMUR : rôle et efficacité » - REVUE DE L'INFIRMIERE, N°40, 24-26, juillet 1998.
15. E.Cassanas - « Le SMUR, un service hospitalier à part entière » - OBJECTIF SOINS, N°73, 25-28, Mars 1999.
16. C.Italiano, S.Berenbadh, E.Nicaud, E.Gete, J.M.Haegy - « Infirmiers et SMUR : résultat d'une enquête nationale » - La Revue des SAMU, 249-252, Janvier 1998.
17. P.Carli - « Non aux paramédics » - La revue des SAMU, 297-299, Septembre 2003.
18. E.Balagny - « Histoire des infirmiers anesthésistes » - Cahiers d'anesthésiologie, N° 50, 291-293, 1998.

V-4. THESES et MEMOIRES

1. P.Fournies - « Démarche d'assurance qualité dans les SAMU-SMUR, la check list. » - Mémoire pour l'obtention du diplôme de cadre de santé, ECH AP-HP, Paris, 1998.
2. S.Lebreton - « L'IADE et les moyens de prévention de l'AES en SMUR » - Travail d'intérêt professionnel pour l'obtention du diplôme d'Etat d'infirmier anesthésiste, Paris, 2005.
3. G.Chinon - « Ergonomie & intubation au SMUR » - Travail d'intérêt professionnel pour l'obtention du diplôme d'Etat d'infirmier anesthésiste, Paris, 2005.
4. C.Le Vayer - « L'intégration d'un nouveau diplômé IADE » - Travail d'intérêt professionnel pour l'obtention du diplôme d'Etat d'infirmier anesthésiste, Paris, 2004.
5. B.Garrigue - « Paramédicalisation, état des lieux, perspectives d'avenir » - Mémoire pour l'obtention du diplôme de cadre de santé, ECH AP-HP, Paris, 2002.
6. J.martin - « La place de l'infirmier anesthésiste dans une équipe mobile au service de la vie » - Travail d'intérêt professionnel pour l'obtention du diplôme d'Etat d'infirmier anesthésiste, Paris, 2004.
7. A.Picard - « Comment les infirmiers anesthésistes exerçant en Service Médical d'Urgence et de Réanimation sont ils formés aux techniques d'intubation avec difficulté d'accès à la tête ? » - Travail d'intérêt professionnel pour l'obtention du diplôme d'Etat d'infirmier anesthésiste, Paris, 2005.

8. S.Neuveu - « L'intubation difficile en préhospitalier » - Travail d'intérêt professionnel pour l'obtention du diplôme d'Etat d'infirmier anesthésiste, Paris, 2005.
9. P.Hertgen - Thèse n°95 NAN 1.209 - « Pratique de l'analgésie et de la sédation préhospitalières », Université Henri Poincaré, Nancy I, 1995.
10. T.Berthou - « L'infirmier(e) du SMUR face aux familles endeuillées », Mémoire pour l'obtention du Diplôme d'Etat d'Infirmier, Bonneville, 2003.

V-5. LOIS ET DECRETS

- Loi de janvier 1986 relative à l'aide médicale urgente et aux transports sanitaires.
- Décret du 30 novembre 1987.
- Circulaire ministérielle de 1992, relative aux relations des services d'incendie et de secours et les moyens hospitaliers.
- Décret n°93-221 du 16 février 1993 Décret relatif aux règles professionnelles des infirmiers et infirmières.
- Décret n°91-1280 du 17 décembre 1991, modifiant le décret 88-903 du 30 août 1988.
- Arrêté du 17 janvier 2002 relatif à la formation conduisant au diplôme d'état d'infirmier anesthésiste.

- Décret N°2002-194 du 11 février 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier.
- Circulaire N°195/DHOS/01/2003 du 16 avril 2003 relative à la prise en charge des urgences.
- Décret N° 97-620 du 30 mai 1997 relatif aux conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les établissements de soins pour mettre en oeuvre un SMUR.

V-6. RECOMMANDATIONS

1. Recommandations concernant la surveillance des patients en cours d'anesthésie, 2^{ème} édition, SFAR, 1994.
2. Recommandations concernant la surveillance des patients au cours des transferts inter hospitaliers médicalisés, SFAR, 1992.
3. Recommandations concernant le rôle de l'infirmier anesthésiste diplômé d'état, SFAR, 1995.
4. Recommandations concernant les transferts intra hospitaliers, SFAR, 1994.

V-7. PRINCIPALES REFERENCES ELECTRONIQUES

1. <http://www.samu.org>
2. <http://www.sfmur.org>
3. <http://www.snua.net>

4. <http://www.sfar.org>
5. <http://www.samu-de-france.com>

VI. ANNEXES

VI-1. Outil d'enquête

VI-1-a. Annexe 1.1 : Mail de présentation

Identité principale

De : "ludovic schaub" <ludovicshaub@yahoo.fr>
 Envoyé : mardi, 6 décembre 2005 20:06
 Objet : Enquête sur la place de l'IADE en SMUR (à diffuser largement)

Cordialement

Ludovic SCHAUB

LA PLACE DE L'IADE EN SAMU-SMUR

Qui en pensent les professionnels qui exercent dans ces services ?

Madame, Monsieur,

Dans le cadre de ma formation d'infirmier anesthésiste, je mène une enquête sur les compétences de l'infirmier(e) anesthésiste en SAMU-SMUR.

Que vous soyez médecin, infirmier(e), ou bien infirmier(e) anesthésiste, un questionnaire spécifique à votre exercice vous permettra de vous exprimer sur la place de l'IADE en SAMU-SMUR.

Il se peut que votre adresse email soit le seul lien trouvé sur Internet pour joindre votre structure (SAMU et SMUR). Si ce message n'a aucun rapport avec votre activité, veuillez m'excuser. Si vous pouvez faire suivre ce message aux personnes concernées, je vous en remercie d'avance.

Les adresses emails utilisées proviennent toutes de différents sites Internet ou listes de diffusion (SNIA, SFAR, SFMU, sites personnels, sites officiels...).
 L'exhaustivité de cette enquête repose sur sa large diffusion aux personnels des SMUR.

En moins de 5 minutes, participez à cette enquête.

Cliquer sur le lien ci-dessous pour vous répondre en ligne à cette enquête :

<http://ns30929.ovh.net/sebastien/IADE>

Ou bien faites un "copier coller" de cette adresse dans votre navigateur

Par avance, je vous remercie de votre collaboration.

VI-1-b. Annexe 1.2 : Page d'accueil

"Spécificité des compétences de l'infirmier anesthésiste en SMUR"

Ludovic SCHAUB, Avril 2006.

ENQUETE sur les compétences de l'IADE en SMUR

Ludovic SCHAUB

Je suis actuellement étudiant infirmier anesthésiste à La Salpêtrière (Paris). J'effectue un travail d'interet professionnel sur l' IADE en SAMU-SMUR. Cette enquête a pour but de préciser les compétences de l'IADE en SAMU-SMUR. Elle vise un public relativement large (Médecins, infirmier(e)s, et infirmier(e)s anesthésistes exerçant en SAMU-SMUR).

Elle est réalisée exclusivement sur internet.

Il faut moins de 5 minutes pour participer à cette enquête.

Vous pourrez bien sur être tenus informés des résultats de cette enquête.

Les réponses sont évidemment anonymes et confidentielles.

Par avance, je vous remercie de votre contribution qui me sera très utile.

CLIQUEZ SUR LE LIEN QUI VOUS CONCERNE :

Vous êtes MEDECIN en SMUR

Vous êtes INFIRMIER(E) en SMUR

(également cadres)

Vous êtes IADE en SMUR

(également cadres)

N'hésitez pas à diffuser cette enquête à vos collègues médecins, infirmier(e)s et infirmier(e)s anesthésistes qui exercent en SAMU-SMUR ...

En cliquant sur le lien ci dessous, envoyez automatiquement un mail à vos collègues :

Envoyer cette enquête à vos collègues

Pour me joindre : ludovicschaub@yahoo.fr

VI-1-c. Annexe 1.3 : Questionnaire Médecins

"Spécificité des compétences de l'infirmier anesthésiste en SMUR"

Ludovic SCHAUB, Avril 2006.



MEDECIN en SMUR

24 questions

1) Pour mieux vous connaître

1.1- Quel est votre statut ?
 Médecin anesthésiste réanimateur
 CAMU
 Autre

1.2- Vous êtes: un homme
 une femme

1.3- Votre âge: 20-25 ans

2) Votre SMUR

2.1- Département d'implantation de votre SAMU:

2.2- Ville d'implantation de votre SMUR:

2.3- Nombre de véhicules: VL
 AR
 autres

2.4- Le SMUR où vous exercez actuellement est:

- Une grosse structure
- Une structure moyenne
- Une petite structure

2.5- Activité de votre SMUR en nombre de sorties par an : - de 300

2.6- Vous partez en intervention avec...

- des IADE
- des IDE
- des deux

3) Votre exercice au quotidien

3.1- Depuis combien d'année exercez vous en SMUR ?

3.2- Exercez vous sur d'autres sites ? oui non

si oui : Au bloc opératoire
 Aux urgences
 En réanimation
 En salle de réveil
 Repatriement sanitaire
 Autre

3.3- A quels types d'interventions participez vous ?
 Interventions primaires
 Interventions secondaires

3.5- Un ambulancier est il présent ? oui non

3.6 - Combien d'heures travaillez-vous en SMUR par mois ? - de 10h

4) Votre spécialité d'anesthésie

4.1- A qui reconnaissez-vous une compétence particulière noté de 1(médiocre) à 5(excellent) en matière de :

	1	2	3	4	5
Intubation	IADE <input type="radio"/>	IDE <input type="radio"/>	IDE <input type="radio"/>	IDE <input type="radio"/>	Commentaires <input type="text"/>
Pose de VVP	IADE <input type="radio"/>	IDE <input type="radio"/>	IDE <input type="radio"/>	IDE <input type="radio"/>	Commentaires <input type="text"/>
Cathétérisme artériel	IADE <input type="radio"/>	IDE <input type="radio"/>	IDE <input type="radio"/>	IDE <input type="radio"/>	Commentaires <input type="text"/>
Connaissances pharmacologiques	IADE <input type="radio"/>	IDE <input type="radio"/>	IDE <input type="radio"/>	IDE <input type="radio"/>	Commentaires <input type="text"/>
AG, Induction en séquence rapide	IADE <input type="radio"/>	IDE <input type="radio"/>	IDE <input type="radio"/>	IDE <input type="radio"/>	Commentaires <input type="text"/>
Sédation, Sédation-analgésie	IADE <input type="radio"/>	IDE <input type="radio"/>	IDE <input type="radio"/>	IDE <input type="radio"/>	Commentaires <input type="text"/>
Anesthésie locorégionale	IADE <input type="radio"/>	IDE <input type="radio"/>	IDE <input type="radio"/>	IDE <input type="radio"/>	Commentaires <input type="text"/>
Connaissances physiopathologiques	IADE <input type="radio"/>	IDE <input type="radio"/>	IDE <input type="radio"/>	IDE <input type="radio"/>	Commentaires <input type="text"/>
Prévention des complications que pourrait présenter le patient	IADE <input type="radio"/>	IDE <input type="radio"/>	IDE <input type="radio"/>	IDE <input type="radio"/>	Commentaires <input type="text"/>
Certainne autonomie (anticipation de la prise en charge du patient)	IADE <input type="radio"/>	IDE <input type="radio"/>	IDE <input type="radio"/>	IDE <input type="radio"/>	Commentaires <input type="text"/>
Connaissance du matériel	IADE <input type="radio"/>	IDE <input type="radio"/>	IDE <input type="radio"/>	IDE <input type="radio"/>	Commentaires <input type="text"/>
Encadrement des étudiants IDE et IADE	IADE <input type="radio"/>	IDE <input type="radio"/>	IDE <input type="radio"/>	IDE <input type="radio"/>	Commentaires <input type="text"/>
Participation à l'établissement de protocoles	IADE <input type="radio"/>	IDE <input type="radio"/>	IDE <input type="radio"/>	IDE <input type="radio"/>	Commentaires <input type="text"/>
Petites « astuces » au quotidien	IADE <input type="radio"/>	IDE <input type="radio"/>	IDE <input type="radio"/>	IDE <input type="radio"/>	Commentaires <input type="text"/>
Traitement de la douleur	IADE <input type="radio"/>	IDE <input type="radio"/>	IDE <input type="radio"/>	IDE <input type="radio"/>	Commentaires <input type="text"/>
Relation avec le patient et la famille	IADE <input type="radio"/>	IDE <input type="radio"/>	IDE <input type="radio"/>	IDE <input type="radio"/>	Commentaires <input type="text"/>

4.2 Selon vous, quels sont les critères de recrutement d'un infirmier en SMUR ?

- Diplôme d'Etat d'infirmier anesthésiste
- Expérience de réanimation
- Expérience de service d'urgences
- Age
- Intérêt / Motivation
- Autre

4.3 Une formation d'adaptation à l'urgence préhospitalière vous paraît-elle nécessaire ?

Pour l'IDE oui non

Pour l'IADE oui non

4.4- La présence d'IADE dans votre SMUR est elle récente ? oui non

4.5- Dans votre SMUR, le nombre d'IADE :

- diminue
- reste stable
- augmente

4.6- Des créations de postes d'IADE sont-elles prévues prochainement ? oui non je ne sais pas

4.7- La fiche de poste IDE et la fiche de poste IADE sont-elles différentes ? oui non

4.8- Pourquoi selon vous ne rencontre-t-on pas plus d'IADE dans les SMUR de France ?

- « Pénurie » d'IADE
- Formation d'anesthésie peu exploitée en SMUR
- Une bonne expérience de réanimation ou d'urgences suffit pour le SMUR
- Horaires contraignants par rapport à un bloc opératoire
- Raisons budgétaires
- Manque d'intérêt des IADE pour le SMUR
- Le bloc opératoire paraît plus « confortable »
- Volonté de la direction ou de la hiérarchie
- Autres

4.9 Souhaiteriez vous que les SMUR fassent le choix d'intégrer plus d'IADE ? oui non

4.10- Si vous avez des remarques, suggestions ou des informations relatives à ce sujet,

Je vous remercie d'avoir consacré quelques minutes pour répondre à ces questions

Désirez vous être tenu(e) au courant des résultats de cette enquête ? oui non

Si oui, votre mail:

LORSQUE VOUS AVEZ TERMINE, CLIQUEZ SUR "ENVOYER VOS REPONSES" :

Envoyer vos réponses

visiteurs sur cette page

Pour me joindre : indoviesschaub@yahoo.fr

Envoyer cette enquête à vos collègues

VI-1-d. Annexe 1.4 : Questionnaire Infirmier(e)s



IDE en SMUR

27 questions

1) Pour mieux vous connaître

1.1- Vous êtes: IDE Cadre IDE

1.2- Vous êtes: un homme une femme

1.3- Votre âge: 20-25 ans

1.4- Nombre d'années de **diplôme d'Etat IDE**:

2) Votre SMUR

2.1- Département d'implantation de votre SAMU:

2.2- Ville d'implantation de votre SMUR:

2.3- Nombre de véhicules: VL
AR
autres

2.4- Le SMUR où vous exercez actuellement est:

- Une grosse structure
 Une structure moyenne
 Une petite structure

2.5- Activité de votre SMUR en nombre de sorties par an : - de 300

2.6- Le personnel non-médical qui part en intervention est composé:

- d'IADE
 d'IDE
 des deux

3.1- Depuis combien d'années exercez-vous en SMUR ?

3.2- Exercez-vous sur d'autres sites ? oui non

3) Votre exercice au quotidien

si oui : Aux urgences
 En réanimation
 En salle de réveil
 Rapatriement sanitaire
 Autre

3.3- A quels types d'interventions participez-vous ? Interventions primaires Interventions secondaires

3.4- Vous intervenez avec: Un médecin anesthésiste-réanimateur
 Un médecin urgentiste (CAMU)
 Un médecin généraliste
 Un médecin d'une autre spécialité

3.5- Un ambulancier est-il présent ? oui non

4) Votre spécialité d'anesthésie

4.1- *En tant qu'IDE*, des « missions particulières » vous sont-elles confiées ? oui non

Si oui lesquelles ? Encadrement des élèves IADE
 Encadrement des étudiants IDE
 Encadrement de nouveaux diplômés IADE
 Encadrement de nouveaux diplômés IDE
 Participation à l'élaboration de protocoles
 Gestion particulière du matériel et/ou pharmacie
 Autres

4.2- Si des IADE sont présents dans votre SMUR, leur confie-t-on préférentiellement ces missions ?

oui non

4.3- Avez-vous le projet de vous spécialiser en anesthésie prochainement ? oui non

Si oui: pour l'exercice en SMUR ?
pour un autre lieu d'exercice (bloc opératoire,...) ?

4.4 - Pensez-vous qu'une **spécialisation d'infirmier urgentiste** va être créée prochainement ?

oui non
Commentaires

4.5 - Pensez-vous que la **spécialité d'infirmier anesthésiste** pour exercer en SMUR soit :

- Indispensable
- Utile
- Inutile
- Autre

4.6 - Avez-vous bénéficié d'une formation complémentaire (à celle d'IDE) ?

- AFPS
- CSAPE
- CFAPSR
- ATMU
- PHTLS
- DU (lequel)
- Autre

4.7- De part votre formation d'infirmier(e), vous estimez-vous compétent(e) (entre 1 et 5) en matière de :

	5	4	3	2	1
Intubation	OUI <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Commentaires
Pose de VVP	OUI <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Commentaires
Cathétérisme artériel	OUI <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Commentaires
Connaissances pharmacologiques	OUI <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Commentaires
AG, induction en séquence rapide	OUI <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Commentaires
Sédation, Sédatation-analgésie	OUI <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Commentaires
Anesthésie locorégionale	OUI <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Commentaires
Connaissances physiopathologiques	OUI <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Commentaires
Prévention des complications que pourrait présenter le patient	OUI <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Commentaires
Certaines autonomie (anticipation de la prise en charge du patient)	OUI <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Commentaires
Connaissance du matériel	OUI <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Commentaires
Encadrement des étudiants IDE et IADE	OUI <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Commentaires
Participation à l'établissement de protocoles	OUI <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Commentaires
Petites « astuces » au quotidien	OUI <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Commentaires
Traitement de la douleur	OUI <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Commentaires
Relation avec le patient et la famille	OUI <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Commentaires

4.8- La présence d'IADE dans votre SMUR est elle récente ? oui non

4.9- Dans votre SMUR, le nombre d'IADE :

- diminue
- reste stable
- augmente

4.10- Des créations de postes d'IADE sont-elles prévues prochainement ? oui

- non
- je ne sais pas

4.11- La fiche de poste IDE et la fiche de poste IADE sont elles

- oui

différentes ?

non

4.12- Pourquoi selon vous ne rencontre-t-on pas plus d'IADE dans les SMUR de France ?

- « Pénurie » d'IADE
- Formation d'anesthésie peu exploitée en SMUR
- Une bonne expérience de réanimation ou d'urgences suffit pour le SMUR
- Horaires contraignants par rapport à un bloc opératoire
- Raisons budgétaires
- Manque d'intérêt des IADE pour le SMUR
- Le bloc opératoire paraît plus « confortable »
- Volonté de la direction ou de la hiérarchie
- Volonté des médecins du service
- Autre

4.13- Si vous avez des remarques, suggestions ou des informations relatives à ce sujet,

Je vous remercie d'avoir consacré quelques minutes pour répondre à ces questions

Désirez vous être tenu(e) au courant des résultats de cette enquête ? oui non

Si oui, votre mail:

LORSQUE VOUS AVEZ TERMINE, CLIQUEZ SUR "ENVOYER VOS REPONSES".

Envoyer vos réponses

visiteurs sur cette page
Pour me joindre : ludovicschaub@yahoo.fr

Envoyer cette enquête à vos collègues

VI-1-e. Annexe 1.5 : Questionnaire Infirmier(e)s anesthésistes

"Spécificité des compétences de l'infirmier anesthésiste en SMUR"

Ludovic SCHAUB, Avril 2006.



IADE en SMUR

26 questions

1) Pour mieux vous connaître

1.1- Vous êtes: IADE Cadre IADE

1.2- Vous êtes: un homme une femme

1.3- Votre âge: 20-25 ans

1.4- Nombre d'années de **diplôme d'Etat IDE**:

1.5- Nombre d'années de **diplôme d'Etat d'IADE**:

2) Votre SMUR

2.1- Département d'implantation de votre SAMU:

2.2- Ville d'implantation de votre SMUR:

2.3- Nombre de véhicules: VL AR autres

2.4- Le SMUR où vous exercez actuellement est:

- Une grosse structure
- Une structure moyenne
- Une petite structure

2.5- Activité de votre SMUR en nombre de sorties par an : - de 300

2.6- Le personnel non-médical qui part en intervention est composé:

- d'IADE
- d'IDE
- des deux

3) Votre exercice au quotidien

3.1- Depuis combien d'années exercez-vous en SMUR ?

3.2- Exercez-vous sur d'autres sites ? oui non

- si oui :
- Au bloc opératoire
 - Aux urgences
 - En réanimation
 - En salle de réveil
 - Rapatriement sanitaire
 - Autre

3.3- A quels types d'interventions participez-vous ? Interventions primaires Interventions secondaires

3.4- Vous intervenez avec: Un médecin anesthésiste-réanimateur Un médecin urgentiste (CAMU) Un médecin généraliste Un médecin d'une autre spécialité

3.5- Un ambulancier est-il présent ? oui non

4) Votre spécialité d'anesthésie

4.1- *En tant qu'IADE*, des « missions particulières » vous sont-elles confiées ? oui non

- Si oui lesquelles ?
- Encadrement des élèves IADE
 - Encadrement des étudiants IDE
 - Encadrement de nouveaux diplômés IADE
 - Encadrement de nouveaux diplômés IDE
 - Participation à l'élaboration de protocoles
 - Gestion particulière du matériel et/ou pharmacie
 - Autres

4.2- Pensez-vous que la **spécialité d'infirmier anesthésiste** pour exercer en SMUR soit :

- Indispensable
- Utile
- Inutile
- Autre

4.3- Pensez-vous que votre spécialité soit « reconnue » dans votre exercice par :

- Les médecins oui non Commentaires
- Vos collègues IDE du SMUR oui non Commentaires
- Votre hiérarchie oui non Commentaires

4.4- En tant qu'infirmier(e)-anesthésiste, vous estimez-vous compétent(e) (entre 1 et 5) en matière de :

	5	4	3	2	1
Intubation	<input type="radio"/>				
Pose de VVP	<input type="radio"/>				
Cathétérisme artériel	<input type="radio"/>				
Connaissances pharmacologiques	<input type="radio"/>				
AG, induction en séquence rapide	<input type="radio"/>				
Sédaton, Sédaton-analgésie	<input type="radio"/>				
Anesthésie locorégionale	<input type="radio"/>				
Connaissances phy siopathologiques	<input type="radio"/>				
Prévention des complications que pourrait présenter le patient	<input type="radio"/>				
Certaine autonomie (anticipation de la prise en charge du patient)	<input type="radio"/>				
Connaissance du matériel	<input type="radio"/>				
Encadrement des étudiants IDE et IADE	<input type="radio"/>				
Participation à l'établissement de protocoles	<input type="radio"/>				
Petites « astuces » au quotidien	<input type="radio"/>				
Traitement de la douleur	<input type="radio"/>				
Relation avec le patient et la famille	<input type="radio"/>				

4.5- Une activité de bloc opératoire vous vous paraît-elle indispensable pour maintenir à niveau les connaissances en anesthésie ?

oui non

4.6- La présence d'IADE dans votre SMUR est elle récente ? oui non

98

4.7- Dans votre SMUR, le nombre d'IADE:

diminue
 reste stable
 augmente

4.8- Des créations de postes d'IADE sont elles prévues prochainement ? oui non
 je ne sais pas

4.9- La fiche de poste IDE et la fiche de poste IADE sont elles différentes ? oui non

4.10- Pourquoi selon vous ne rencontre-t-on pas plus d'IADE dans les SMUR de France ?

- « Pénurie » d'IADE
- Formation d'anesthésie peu exploitée en SMUR
- Une bonne expérience de réanimation ou d'urgences suffit pour le SMUR
- Horaires contraignants par rapport à un bloc opératoire
- Raisons budgétaires
- Manque d'intérêt des IADE pour le SMUR
- Le bloc opératoire paraît plus « confortable »
- Volonté de la direction ou de la hiérarchie
- Volonté des médecins du service

Autre

4.11- Si vous avez des remarques, suggestions ou des informations relatives à ce sujet,

Je vous remercie d'avoir consacré quelques minutes pour répondre à ces questions

Désirez vous être tenu(e) au courant des résultats de cette enquête ? oui non

Si oui, votre mail:

LORSQUE VOUS AVEZ TERMINE, CLIQUEZ SUR "ENVOYER VOS REPONSES".

visiteurs sur cette page

Pour me joindre : ludovicschaub@yahoo.fr

VI-2. ANNEXE 2 : Circulaire DHOS/01 n° 2004-151 du 29 mars 2004 relative au rôle des SAMU, des SDIS et des ambulanciers dans l'aide médicale urgente

Date d'application : immédiate.

Références :

Code de la santé publique. Articles L. 6311-1 à L. 6314-1 et R. 712-71 à R. 712-83 ;

Code général des collectivités territoriales, articles L. 1424-1 à L. 1424-50 et articles R. 1424-1 à R. 1424-55 ;

Décret n° 87-964 du 30 novembre 1987 relatif au comité départemental de l'aide médicale urgente et des transports sanitaires modifié par le décret 2003-880 du 15 septembre 2003 ;

Décret n° 87-965 du 30 novembre 1987 modifié relatif à l'agrément des transports sanitaires terrestres ;

Décret n° 87-1005 du 16 décembre 1987 relatif aux missions et à l'organisation des unités participant au SAMU ;

Décret n° 94-1208 du 29 décembre 1994 modifiant le décret n° 87-965 du 30 novembre 1987 relatif à l'agrément des transports sanitaires terrestres ;

Décret 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 ;

Décret 2000-1162 du 28 novembre 2000 relatif aux missions et à l'organisation de la brigade des sapeurs-pompiers ;

Décret n° 2003-674 du 23 juillet 2003 relatif à l'organisation de la garde départementale assurant la permanence du transport sanitaire et modifiant le décret n° 87-965 du 30 novembre 1987 relatif à l'agrément des transports sanitaires terrestres ;

Arrêté du 23 juillet 2003 fixant les périodes de la garde départementale assurant la permanence du transport sanitaire ;

Circulaire du 18 septembre 1992 relative aux relations entre le SDIS et les établissements publics hospitaliers dans les interventions relevant de la gestion quotidienne des secours (point IB et IIC) ;

Circulaire n° 98-483 du 29 juillet 1998 relative à la participation des transporteurs sanitaires privés à l'aide médicale urgente ;

Circulaire n° 99-471 du 12 août 1999 relative aux modalités de facturation des transports sanitaires dans le cadre de leur participation à l'aide médicale urgente organisée par la convention - type annexée à la circulaire du 29 juillet 1998 ;

Circulaire DHOS/O1/2003/204 du 23 avril 2003 relative à l'organisation de la garde ambulancière ;

Circulaire DHOS/O1/2003/195 du 16 avril 2003 relative à la prise en charge des urgences.

Textes abrogés :

I.A-IIA, B et D de la circulaire du 18 septembre 1992 relative aux relations entre le SDIS et les établissements publics hospitaliers dans les interventions relevant de la gestion quotidienne des secours.

Le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées, le ministre de l'intérieur, de la sécurité intérieure et des libertés locales à Mesdames et Messieurs les préfets de départements, direction départementale des affaires sanitaires et sociales (pour application), services départementaux d'incendie et de secours (pour application) ; Mesdames et Messieurs les directeurs d'agence régionale de l'hospitalisation (pour application) ; Mesdames et Messieurs les préfets de région, direction régionale des affaires sanitaires et sociales (pour information) « L'aide médicale urgente a pour objet, en relation notamment avec les dispositifs communaux et départementaux d'organisation de secours, de faire assurer aux malades, blessés et parturientes, en quelque endroit qu'ils se trouvent, les soins d'urgence appropriés à leur état. » (article L. 6311-1 du code de la santé publique).

L'efficacité de la réponse aux demandes d'aide médicale urgente nécessite l'action coordonnée des différents acteurs des urgences préhospitalières. A cette fin, il est indispensable que les services d'aide médicale urgente (SAMU), les services

mobiles d'urgence et de réanimation (SMUR), les services départementaux d'incendie et de secours (SDIS) et les ambulanciers privés agissent de manière concertée et en synergie. Il est donc nécessaire d'établir une répartition claire des compétences de chacun, des procédures établies, bien comprises par tous et pouvant faire l'objet d'évaluations régulières.

Une première clarification des missions respectives des SAMU et des sapeurs-pompiers a été réalisée par les circulaires du 18 décembre 1992 et du 2 février 1996. Ces deux circulaires incitaient les centres hospitaliers sièges de SAMU et les services d'incendie et de secours à passer des conventions opérationnelles de coopération.

La loi n° 96-369 du 3 mai 1996 relative aux services d'incendie et de secours et les décrets n° 97-616 et 97-620 du 30 mai 1997 relatifs aux SMUR rendent nécessaires leur actualisation. Cette révision permettra de clarifier le rôle des ambulanciers privés dans la chaîne des urgences préhospitalières et de préciser les modalités de partenariat avec le SAMU et le SDIS.

C'est dans ce but que le ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées a mené, en collaboration avec le ministère de l'intérieur, des réflexions sur cette révision. Les professionnels du SAMU, des ambulanciers et des sapeurs-pompiers y ont également été associés.

Cette circulaire est le résultat de cette étroite concertation et précise les modalités de coopération de ces trois partenaires dans le domaine de l'aide médicale urgente, chacun d'entre eux ayant la responsabilité d'organiser ses propres interventions et d'assurer la maîtrise de ses moyens.

I. - MISSIONS RESPECTIVES ET COORDINATION DES DIFFÉRENTS ACTEURS

A. - Une nécessaire clarification des missions

1. L'actualisation des critères

Les circulaires de 1992 et 1996 optaient pour une répartition territoriale des compétences.

L'application concrète de ces circulaires a posé quelques problèmes d'interprétation et de mise en oeuvre sur le terrain.

Cette répartition doit aujourd'hui tenir compte de l'apport de la loi n° 96-369 du 3 mai 1996, dont l'article 2 dispose que les services d'incendie et de secours dans le cadre de leur compétence concourent aux secours d'urgence aux personnes victimes d'accidents, de sinistres et de catastrophes ainsi qu'à leur évacuation.

Dans ce texte, le lieu géographique qu'il soit public ou privé ne constitue donc plus un facteur déterminant d'attribution de compétences.

2. Missions des services de santé hospitaliers : SAMU, SMUR

2.1. Le SAMU

Le SAMU, qui comporte un centre de réception et de régulation des appels, (centre 15) est chargé :

- d'assurer une écoute médicale permanente ;
- de déterminer et déclencher la réponse la mieux adaptée à la nature des appels ;
- de s'assurer de la disponibilité des moyens d'hospitalisation, publics ou privés, adaptés à l'état du patient ;
- d'organiser le cas échéant le transport dans un établissement public ou privé en faisant appel à un service public ou à une entreprise privée de transports sanitaires ;
- de veiller à l'admission du patient.

Le médecin régulateur est chargé d'évaluer la gravité de la situation et de mobiliser l'ensemble des ressources disponibles (médecins généralistes, SMUR, ambulances) et, si besoin, de solliciter auprès du SDIS ses moyens, en vue d'apporter la réponse la plus appropriée à l'état du patient et de veiller à ce que les soins nécessaires lui soient effectivement délivrés.

A cet effet, le médecin régulateur coordonne l'ensemble des moyens mis en oeuvre dans le cadre de l'aide médicale urgente. Il vérifie que les moyens arrivent effectivement dans les délais nécessités par l'état de la personne concernée et assure le suivi

des interventions.

La détermination par le médecin régulateur de la réponse la mieux adaptée se fonde sur trois critères : l'estimation du degré de gravité avérée ou potentielle de l'atteinte à la personne concernée ; l'appréciation du contexte ; l'état et les délais d'intervention des ressources disponibles.

La régulation médicale nécessite des informations précises, rapides et actualisées. Dans le meilleur des cas, elle repose sur le dialogue entre le médecin régulateur et la personne concernée. Du fait des circonstances, ce dialogue ne peut pas toujours être direct. Mais il importe que tout soit fait pour qu'il soit le plus direct possible, notamment par l'interconnexion des centres d'appel permettant le transfert de l'appel ou la conférence téléphonique.

La régulation médicale suppose le suivi des différentes phases de la prise en charge de la personne concernée.

La régulation médicale doit être systématique quels que soient le lieu où se trouve la personne et le cheminement initial de l'appel.

En cas de pathologie grave nécessitant une médicalisation rapide, le SAMU fait immédiatement intervenir les Services Mobiles d'Urgences et de Réanimation, le médecin régulateur peut faire intervenir en complément du SMUR, ou à défaut seul, tout autre moyen adapté, notamment les moyens médicaux du service de santé et de secours médical (SSSM) des SDIS.

2.2. Le SMUR

Les SMUR ont pour mission d'apporter 24 heures sur 24, sur décision du médecin régulateur, en tous lieux et sur l'ensemble du territoire, la médicalisation des interventions auprès des patients dont l'état nécessite une surveillance ou des soins médicaux d'urgence et de réanimation.

Le SMUR en application de l'article D. 712-73 du code de la santé publique peut être constitué soit par les moyens propres de l'hôpital soit, dans le cadre de convention, par des organismes publics ou des organismes privés.

Lorsque les services d'incendie et de secours ou les entreprises de transport sanitaire privées ont passé convention avec un centre hospitalier afin que ce dernier dispose des véhicules et personnels nécessaires, les personnels et véhicules mis à disposition n'interviennent pas au nom du service d'incendie et de secours, ou de l'entreprise, mais en tant que prestataires du service hospitalier. Ils sont, dans ce cadre et pour la réalisation de cette mission, placés sous l'autorité fonctionnelle du chef de service du SMUR.

3. Les missions des ambulanciers privés

Dans le cadre de leur participation à l'aide médicale urgente, les ambulanciers privés sont chargés d'assurer, dans des délais estimés par le médecin régulateur comme étant compatibles avec l'état du patient, la prise en charge et les transports des patients vers les établissements de santé conformément à la décision du médecin régulateur et au libre choix du patient.

Les ambulanciers peuvent être amenés, à la demande du SAMU, à réaliser un bilan secouriste.

Pendant le transport, l'ambulancier titulaire du certificat de capacité d'ambulancier veille à la surveillance du patient et l'exécution des gestes appropriés à l'état du patient.

Des formations de mise à jour des compétences des ambulanciers dans le domaine de la réponse à l'urgence pourront être organisées par les SAMU.

Afin de réduire au maximum les constats d'indisponibilité, les ambulanciers privés s'organisent pour garantir en permanence une réponse rapide et de qualité aux demandes du SAMU. Cette réponse doit être organisée pendant les heures de garde préfectorale, conformément au décret n° 2003-674 du 23 juillet 2003 relatif à l'organisation de la garde départementale assurant la permanence du transport sanitaire. Elle doit aussi faire l'objet d'organisation spécifique dans la journée. A cette fin, des travaux vont être menés par le ministère de la santé avec les professionnels afin de mieux organiser la réponse de ces derniers dans la journée.

4. Les missions

"Spécificité des compétences de l'infirmier anesthésiste en SMUR"

Ludovic SCHAUB, Avril 2006.

des services départementaux d'incendie et de secours

Le service départemental d'incendie et de secours dispose :

- d'un centre opérationnel départemental d'incendie et de secours chargé de la coordination de l'activité opérationnelle des services d'incendie et de secours au niveau du département ;
- d'un, ou, si nécessaire, plusieurs centres de traitement de l'alerte, chargés de la réception, du traitement et de la réorientation éventuelle des demandes de secours ;
- d'un service de santé et de secours médical qui participe, notamment, aux missions de secours d'urgence.

Conformément à la loi n° 96-369 du 3 mai 1996, les victimes d'accident ou de sinistre et leur évacuation relèvent des services d'incendie et de secours lorsque leur état nécessite un secours d'urgence ou lorsque l'intervention nécessite un secours en équipe (sauvetage, soustraction à un danger ou à un risque).

Les missions confiées aux services d'incendie et de secours consistent donc à délivrer des secours d'urgence lorsque l'atteinte à l'individu est caractérisé par un dommage corporel provenant d'une action imprévue et soudaine, d'une cause ou d'un agent agressif extérieurs.

Le lieu d'intervention s'il ne constitue pas un élément prépondérant dans l'attribution des missions, reste déterminant pour ce qui concerne les demandes d'intervention sur la voie publique et dans des lieux publics qui présentent par leur nature un risque d'aggravation ou de pauvreté des informations transmises lors de l'alerte. La rapidité requise dans ces circonstances pourra justifier un envoi immédiat des moyens secouristes des services d'incendie et de secours.

Après l'arrivée sur les lieux d'un VSAV, un bilan doit être systématiquement transmis au centre 15.

L'évacuation d'une victime consiste en un transport sous surveillance par équipier formé, suite à une intervention, après orientation par le médecin régulateur vers la structure médicale adaptée la plus proche.

Le médecin régulateur peut juger utile un renfort médical alors que le patient est installé dans le véhicule des sapeurs pompiers en vue de son évacuation. Dans ce cas particulier, l'évacuation sera médicalisée. L'équipe mobile hospitalière, lorsqu'elle assure elle-même la surveillance d'un patient dont les soins sont effectués à l'intérieur d'un VSAV, bénéficie du concours du personnel du SDIS. Ces situations doivent rester ponctuelles et liées à une dégradation de l'état du patient au cours de la mission. Si ces évacuations médicalisées s'avèrent un moyen de compléter de manière régulière les moyens du SMUR, le centre hospitalier doit passer alors convention avec le SDIS en application du dispositif prévu au I-2-2 susvisé.

En dehors des évacuations, et des transports effectués en tant que prestataires des services mobiles d'urgence et de réanimation, les sapeurs pompiers n'ont pas pour mission de réaliser des transports sanitaires. Ces derniers n'interviennent pour réaliser des transports sanitaires non médicalisés, qu'exceptionnellement, en cas d'indisponibilité des ambulanciers privés et à la demande du SAMU.

La carence est avérée quand les ambulanciers sont dans l'impossibilité de répondre à la demande de transport sanitaire faite par le centre 15, faute de moyens matériels ou humains mobilisables dans des délais compatibles avec l'état de santé du patient.

L'indisponibilité des ambulanciers privés doit nécessairement être constatée au préalable par le médecin régulateur du centre 15. La régulation médicale du centre de réception et de régulation des appels est en effet un préalable indispensable à tout envoi de moyens de transports sanitaires d'urgence.

Le SDIS dispose d'un service de santé et de secours médical qui, conformément à l'article R. 1424-24 du code général des collectivités territoriales, participe aux missions de secours d'urgence et à l'aide médicale urgente.

Dans le cadre de l'aide médicale urgente, le médecin régulateur du SAMU peut s'adresser au SDIS afin de solliciter les moyens du SSSM.

Lorsqu'ils agissent dans un autre cadre, conformément aux missions qui leur sont dévolues par la loi du 3 mai 1996, leurs interventions sont signalées au SAMU dès lors que la situation est susceptible de comporter une action de secours à personne. Des procédures spécifiques doivent être définies localement sur ces points.

Pour faciliter cette participation à l'aide médicale urgente, le SDIS et le SAMU se communiquent réciproquement tous les

semestres l'état et l'organisation de leurs moyens opérationnels.

II. - PROCÉDURES OPÉRATOIRES

A. - Interconnexion et information mutuelle

La mise en oeuvre d'une réponse adaptée aux besoins du patient, nécessite des relations étroites entre les centres de réception et de régulation des appels (CRRRA) du SAMU et les centres de traitement de l'alerte (CTA).

Ces relations sont assurées grâce à l'interconnexion des deux dispositifs de traitement des appels.

Tout déclenchement d'une opération de secours à victimes impliquant les deux services doit être accompagné d'une information opérationnelle réciproque. Cette information mutuelle entre le 15 et le 18 concerne non seulement la retransmission initiale des données de l'alerte, mais également le déclenchement des opérations et leur suivi. Lorsqu'un service prend seul en charge une intervention dont l'alerte lui a été retransmise par l'autre, il est indispensable que celui-ci communique au centre ayant transmis l'appel, le type de moyen qu'il a déclenché ainsi que les délais d'intervention de ce moyen. La présentation des moyens sur les lieux de l'intervention fera l'objet d'une information mutuelle entre les services.

Lorsque l'appel est arrivé au stationnaire du 18, l'interconnexion des centres 15 et 18 doit intervenir systématiquement et comporter, chaque fois que c'est possible, le transfert de l'appel ou une conférence téléphonique à trois afin de faciliter la régulation médicale.

De même, lorsque l'appel est arrivé au permanencier du centre 15 et nécessite l'envoi de moyens du SDIS, l'interconnexion des centres 15 et 18 doit intervenir systématiquement et comporter, chaque fois que possible, le transfert d'appel ou une conférence téléphonique à trois afin de faciliter et accélérer l'envoi de ces moyens.

Lorsque le SSSM intervient pour un secours d'urgence ou dans le cadre de l'aide médicale urgente, les messages médicaux qu'il envoie parviennent de façon aussi simultanée que possible au CODIS et au CRRRA 15 du SAMU. Un dialogue peut ainsi s'établir directement entre le médecin du SSSM et le médecin régulateur du SAMU.

B. - Prompt secours

Une interconnexion opérationnelle, complétée par une action harmonieuse des différents participants de la chaîne des urgences pré hospitalières, selon les règles ci-dessus précisées, devrait permettre une prise en charge efficace de l'ensemble des demandes d'aide médicale urgente.

Toutefois, exceptionnellement, le centre de traitement de l'alerte peut être saisi d'un cas nécessitant un départ immédiat des sapeurs-pompier.

Ainsi que le précisait la circulaire du 18 septembre 1992, le prompt secours se caractérise par une action de secouristes agissant en équipe et visant à prendre en charge sans délai des détresses vitales ou à pratiquer sans délai des gestes secourisme. Il est assuré par des personnels formés et équipés. Son intérêt réside dans son caractère réflexe, il ne doit en aucun cas conduire à des actions relevant de la compétence des SMUR, des médecins généralistes, et/ou des ambulanciers privés voire du simple conseil.

Lorsque le CTA 18 reçoit un appel comportant, un risque vital imminent (détresse vitale avérée ou potentielle) le stationnaire du service d'incendie et de secours peut déclencher d'emblée les moyens secouristes des services d'incendie et de secours. Il transmet immédiatement l'information au centre 15 du SAMU et, chaque fois que c'est possible, lui transfère l'appel ou met en oeuvre une conférence téléphonique entre l'appelant, le SAMU et le CTA, en vue d'une régulation médicale.

Dès l'arrivée de l'équipe sur le lieu d'intervention, les sapeurs-pompier transmettent un bilan de l'état du patient au médecin régulateur du centre 15. Ce dernier peut après cet échange d'information et régulation, interrompre l'intervention des moyens du SDIS lorsque cette intervention n'est pas adaptée à la situation. Le médecin régulateur peut également décider l'envoi d'un ambulancier privé pour assurer le transport du patient et il informe alors personnellement l'entourage de la victime. Les moyens du SDIS sont désengagés après avis du médecin régulateur.

III. - FORMALISATION CONVENTIONNELLE

"Spécificité des compétences de l'infirmier anesthésiste en SMUR"

Ludovic SCHAUB, Avril 2006.

ENTRE LES TROIS ACTEURS

Afin de garantir une bonne coordination des trois acteurs des urgences pré hospitalières, des conventions tripartites SAMU/SDIS /ambulanciers privés devront être élaborées. Dans les départements où des conventions ont été passées suite aux circulaires de 1992 et de 1996, celles ci devront être actualisées pour tenir compte de la présente circulaire et de l'implication des ambulanciers privés dans ce dispositif. Ces derniers devront donc être signataires de la convention. Les partenaires n'ayant pas encore contractualisés à ce sujet sont invités à engager cette démarche dans les plus brefs délais.

1. Contenu des conventions tripartites

Une convention sera signée par le SDIS, le centre hospitalier siège de SAMU et le (ou les) association(s) de transports sanitaires d'urgence. Elle formalisera les principes de répartition des compétences ci-dessus énoncées. Elles seront adaptées aux circonstances locales du département et donc évolutives afin que soit retenu le meilleur mode de prise en charge des patients.

En effet, dans un souci de qualité et de sécurité de la prise en charge des malades et des blessés, certains aménagements exceptionnels, dérogoires aux principes de répartition des compétences pourront être justifiés compte tenu des particularités de l'offre de transports sanitaires sur certaines zones.

La détermination de ces zones particulières ne doit pas rester figée pendant la totalité de la durée de la convention. Elle doit être adaptée aux réalités locales, démographiques, socio-économiques qui évoluent.

Cette convention établira précisément les procédures de traitement de l'alerte et procédures d'intervention, protocolisera les délais d'intervention.

Cette convention est de caractère organisationnel. Elle ne se substitue pas aux conventions financières qui seront passées entre le SAMU et le SDIS pour la prise en charge des transports sanitaires effectués par les SDIS en cas d'indisponibilité des ambulanciers privés.

Enfin, cette convention précisera les modalités de suivi de la mise en oeuvre ainsi que les modes d'évaluation par les trois acteurs, SAMU, SDIS et ambulanciers. Il incombe au préfet de s'assurer que ces derniers se réunissent régulièrement.

Une évaluation régulière trimestrielle du dispositif ainsi qu'un état des lieux devront être réalisés par les trois partenaires. Ils présentent annuellement le bilan de la mise en oeuvre de ces travaux devant le comité départemental d'aide médicale urgente et de la permanence des soins. Cette présentation sera notamment l'occasion de vérifier au regard de la situation départementale la légitimité du maintien de telles dérogations ou l'opportunité de créer de nouvelles zones.

2. Suivi et évaluation des ces conventions

2.1. Au plan local

Le bon déroulement de la mise en oeuvre de ces conventions dépend de la qualité de la collaboration des signataires de cette convention et de la régularité de leurs échanges.

A cette fin, il est important que la convention prévoie une procédure de suivi régulier de l'application de ces procédures opératoires. Des rencontres périodiques entre les trois acteurs doivent être organisées au moins tous les trimestres afin qu'un dialogue constructif se noue entre eux. Lors de ces réunions seront examinées des statistiques s'appuyant sur une analyse commune de la mise en place effective de la convention. A cette fin, seront annexés à la convention les indicateurs de suivi qui seront retenus, dont l'annexe à la présente circulaire détaille une liste non limitative.

Les situations où la mise en oeuvre des critères d'interventions conventionnels n'a pas été possible devront être également évoquées, ainsi que la mise en place de tout moyen permettant d'améliorer la qualité de la réponse.

Les acteurs réaliseront ensemble une évaluation annuelle de la mise en oeuvre de la convention et la présenteront au CODAMUPS. Au vu des résultats de cette dernière, des avenants à la convention pourront être établis si besoin.

2.2. Au plan national

Un groupe d'appui national désigné conjointement par le ministère de la santé et le ministère de l'intérieur, pourra soutenir la mise en oeuvre de ces conventions en cas de difficultés constatées localement. Ce groupe interviendra suite à une demande formulée par le préfet de département. Il sera également chargé d'organiser les remontées d'informations sur ces conventions et notamment les initiatives locales innovantes.

Enfin, il vous est demandé de transmettre simultanément au ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées, à l'attention de la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (sous-direction de l'organisation du système de soins) et au ministère de l'intérieur, de la sécurité intérieure et des libertés locales, à l'attention de la direction de la défense et de la sécurité civile, sous direction des sapeurs-pompiers, un bilan de la mise en oeuvre de ces conventions un an après la publication de la présente circulaire. Cette remontée d'information permettra d'effectuer une évaluation nationale.

J.-F. Mattei
Nicolas Sarkozy

ANNEXE

L'évaluation s'appuiera notamment sur les items suivants :

- une appréciation du fonctionnement des modalités organisationnelles mises en oeuvre ;
- une analyse des dysfonctionnements éventuels ;
- des données statistiques sur le nombre d'interventions réalisées par :
 - les transporteurs sanitaires privés, en fonction de la typologie ci-dessus retenue (en distinguant les périodes de garde et celles en dehors de la garde) ;
 - les SMUR ;
 - les services d'incendie et de secours ;
 - les autres intervenants (associations de secouristes...) ;
- des données statistiques sur le type d'appels à l'origine de l'intervention d'un transport sanitaire (centre 15, médecin libéral, hôpital, transfert du 18, particulier) ;
- les délais d'intervention des transporteurs sanitaires, les délais d'intervention des SDIS, et des SMUR ;
- le nombre de constats de carence des transports sanitaires et les modalités de prise en charge de l'intervention ;
- le nombre de sorties, non suivies de transport de patient, réalisées par les ambulanciers privés, en détaillant les « sorties blanches » réalisées pendant la garde et en dehors de cette période ;
- le nombre de bilans réalisés par des ambulanciers et suivis d'une intervention SMUR ;
- le nombre de cas où, à l'arrivée de l'ambulance ou d'un véhicule du SDIS dans le service d'urgence, le patient est jugé dans un état beaucoup plus grave que celui annoncé et nécessite une prise en charge immédiate... ;
- le nombre de prompts secours et le nombre d'évacuations réalisées à la suite d'un prompt secours ;
- le nombre de patients arrivant dans les établissements de santé en ambulance ou en VSAV sans régulation médicale préalable.

VI-3. ANNEXE 3 :Extrait du Décret n°97-620 du 30 Mai 1997 sur les Services Mobiles d'Urgences et de Réanimation.

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). NOR: TASP9721873D

"Art. D. 712-66. - Lorsque l'établissement autorisé à faire fonctionner un service mobile d'urgence et de réanimation comporte un service d'aide médicale urgente appelé SAMU, le SAMU et le service mobile d'urgence et de réanimation sont placés sous une autorité médicale unique.

"Art. D. 712-67. - Le médecin responsable du service mobile d'urgence et de réanimation doit répondre aux conditions d'exercice fixées par l'article L. 356 du présent code, et avoir acquis une formation à la prise en charge des urgences par une qualification universitaire et par une expérience professionnelle d'au moins deux ans dans le domaine de l'urgence et de la réanimation.

"Art. D. 712-68. - Pour être autorisé à mettre en oeuvre un service mobile d'urgence et de réanimation, un établissement doit disposer d'un effectif de médecins, d'infirmiers diplômés d'Etat et, en tant que besoin, d'infirmiers ayant acquis une expérience professionnelle de psychiatrie, suffisant pour assurer de jour comme de nuit les missions mentionnées à l'article R. 712-71-1 du code de la santé publique.

"Art. D. 712-69. - Dans les établissements publics de santé, l'équipe médicale du service médical d'urgence et de réanimation ne peut comprendre que des praticiens hospitaliers à temps plein ou à temps partiel, des praticiens adjoints contractuels, des assistants, des attachés, des médecins contractuels. Pour les besoins du service, il peut également être fait appel à des internes de spécialité médicale, chirurgicale ou psychiatrique ayant validé quatre semestres.

"Art. D. 712-70. - Tous les médecins participant aux équipes médicales des services mobiles d'urgence et de réanimation doivent avoir acquis une formation à la prise en charge des urgences soit par une qualification universitaire, soit par une expérience professionnelle d'au moins un an dans le domaine de l'urgence et de la réanimation. Les internes appelés à intervenir aux côtés de ces équipes doivent satisfaire aux mêmes obligations. Des étudiants en médecine, des résidents ou des internes ne remplissant pas les conditions précédemment mentionnées, accomplissant un stage ou une partie de leur formation dans un service mobile d'urgence et de réanimation, peuvent toutefois accompagner ces équipes.

"Art. D. 712-71. - Lors de chaque intervention, la composition du service mobile d'urgence et de réanimation est déterminée par le médecin responsable du service mobile d'urgence et de réanimation, en liaison avec le médecin régulateur du service d'aide médicale urgente auquel l'appel est parvenu. Cette équipe comprend au moins deux personnes, dont le responsable médical de l'intervention. Pour les interventions qui requièrent l'utilisation de techniques de réanimation, cette équipe comporte trois personnes, dont le responsable médical de l'intervention et un infirmier.

"Art. D. 712-72. - L'équipe du service mobile d'urgence et de réanimation dispose de moyens de télécommunications lui permettant d'informer à tout moment le centre "15" du SAMU du déroulement de l'intervention en cours.

"Art. D. 712-73. - Pour être autorisé à faire fonctionner un service mobile d'urgence et de réanimation, un établissement de santé doit disposer des véhicules nécessaires au transport des patients, de l'équipe médicale et de son matériel, ainsi que des

"Spécificité des compétences de l'infirmier anesthésiste en SMUR"

Ludovic SCHAUB, Avril 2006.

personnels nécessaires à l'utilisation de ces véhicules : ambulanciers titulaires du certificat de capacité d'ambulancier, conducteurs et pilotes. Un arrêté du ministre chargé de la santé précise la nature et les caractéristiques exigées des véhicules ainsi que leurs conditions d'utilisation.

"Les véhicules et les personnels mentionnés à l'alinéa précédent peuvent être mis à la disposition de l'établissement considéré, dans le cadre de conventions conclues avec des organismes publics ou privés. Ces conventions n'entrent en application qu'après l'approbation du directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation.

"Art. D. 712-74. - Le service mobile d'urgence et de réanimation doit notamment disposer :

1° D'une salle de permanence ;

2° De moyens de télécommunications lui permettant de recevoir les appels du SAMU, d'entrer en contact avec ses propres équipes d'intervention et d'informer le SAMU ;

3° D'un garage destiné aux moyens de transports terrestres et aux véhicules de liaison ;

4° D'une salle de stockage des matériels ;

5° D'un local fermant à clef permettant d'entreposer et de conserver des médicaments."

VI-4. ANNEXE 4 :Extrait du Décret n°2004-802 du 29 Juillet 2004
relatif à l'exercice des actes de la profession d'infirmier,
(partie IV et V) : annexe

J.O N° 183 DU 8 AOUT 2004 PAGE 37087

TEXTE N° 37086

DECRETS, ARRETES, CIRCULAIRES

TEXTES GENERAUX

MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA PROTECTION SOCIALE

DECRET N° 2004-802 DU 29 JUILLET 2004 RELATIF AUX PARTIES IV ET V (DISPOSITIONS REGLEMENTAIRES) DU
CODE DE LA SANTE PUBLIQUE ET MODIFIANT CERTAINES DISPOSITIONS DE CE CODE

NOR: SANP0422530D

SOMMAIRE

- [Auxiliaires médicaux / Profession d'infirmier ou d'infirmière / Actes professionnels](#)
- [Personnes autorisées à exercer la profession / Titulaires du diplôme d'Etat d'infirmier ou d'infirmière](#)
- [Titulaires du diplôme d'Etat d'infirmier de secteur psychiatrique](#)
- [Autorisation spéciale d'exercice](#)
- [Déclaration préalable](#)
- [Diplômes de spécialité / Diplôme d'Etat d'infirmier de bloc opératoire](#)
- [Diplôme d'Etat d'infirmier anesthésiste](#)
- [Diplôme d'Etat de puéricultrice](#)
- [Décisions implicites de rejet](#)
- [Règles professionnelles / Dispositions communes à tous les modes d'exercice / Devoirs généraux](#)
- [Devoirs envers les patients](#)
- [Infirmiers ou infirmières d'exercice libéral / Devoirs généraux](#)
- [Devoirs envers les confrères](#)
- [Conditions de remplacement](#)
- [Infirmiers et infirmières salariés](#)

LIVRE III

AUXILIAIRES MÉDICAUX

TITRE I

PROFESSION D'INFIRMIER OU D'INFIRMIÈRE

CHAPITRE I

EXERCICE DE LA PROFESSION

SECTION 1

ACTES PROFESSIONNELS

"Spécificité des compétences de l'infirmier anesthésiste en SMUR"

Ludovic SCHAUB, Avril 2006.

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 tuberculiniques 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. 4311-7

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 épicroténienne ;
- 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 psychothérapeutique ;
- 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. 4311-12

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. 4311-14

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.

SECTION 2

PERSONNES AUTORISEES A EXERCER LA PROFESSION

SOUS-SECTION 1

TITULAIRES DU DIPLOME D'ETAT D'INFIRMIER OU D'INFIRMIERE

Article D. 4311-18

L'enseignement comprend :

1° Un enseignement théorique ;

2° Un enseignement pratique ;

3° Des stages. Les conditions d'indemnisation des stages et de remboursement des frais de déplacement liés aux stages sont fixées par arrêté du ministre chargé de la santé.

PARAGRAPHE 2

DECLARATION PREALABLE

Article R. 4311-40

L'infirmier ou l'infirmière, ressortissant d'un des Etats membres de la Communauté européenne ou d'un Etat partie à l'accord sur l'Espace économique européen, qui, étant établi et exerçant légalement dans un de ces Etats autres que la France des activités d'infirmier responsable des soins généraux, veut exécuter en France des actes professionnels prévus à la section 1 du présent chapitre sans avoir procédé à son inscription sur la liste départementale prévue à l'article L. 4311-15 effective, sauf cas d'urgence, préalablement une déclaration auprès de la direction départementale des affaires sanitaires et sociales du département dans lequel il va exécuter ces actes professionnels. Cette déclaration comporte, outre l'attestation et la déclaration sur l'honneur prévues au troisième alinéa de l'article L. 4311-22, une photocopie de la carte nationale d'identité ou du passeport faisant apparaître la nationalité du demandeur. La déclaration fait l'objet d'une inscription sur un registre tenu par chaque direction départementale des affaires sanitaires et sociales.

Article R. 4311-41

L'infirmier ou l'infirmière mentionné à l'article R. 4311-40 peut, en cas d'urgence, effectuer sans délai les actes professionnels prévus à la section 1 du présent chapitre. Toutefois, il effectue la déclaration prescrite par l'article R. 4311-40 dans un délai de quinze jours à compter du début de l'accomplissement des actes en cause.

PARAGRAPHE 2

DIPLOME D'ETAT D'INFIRMIER ANESTHESISTE

Article D. 4311-45

Le diplôme d'Etat d'infirmier anesthésiste est délivré par le préfet de région aux personnes titulaires du diplôme d'Etat d'infirmier ou d'infirmière ou d'un autre titre permettant l'exercice de cette profession ou aux personnes titulaires du diplôme d'Etat de sage-femme ou d'un autre titre permettant l'exercice de cette profession qui, après réussite à des épreuves d'admission, ont suivi un enseignement agréé par la même autorité et satisfait avec succès aux épreuves contrôlant cet enseignement.

Article D. 4311-46

Les infirmiers et infirmières, titulaires du certificat d'aptitude aux fonctions d'aide-anesthésiste créé par le décret du 9 avril 1960 ou titulaires du diplôme d'Etat d'infirmier anesthésiste peuvent faire usage du titre d'infirmier anesthésiste diplômé d'Etat, à l'exclusion de toute autre appellation.

Article D. 4311-47

La durée des études préparatoires à la délivrance du diplôme d'Etat d'infirmier anesthésiste est de deux années. Sont fixés par arrêté du ministre chargé de la santé :

- 1° Les conditions d'autorisation et de fonctionnement des instituts de formation ;
- 2° Les conditions d'admission des étudiants ;
- 3° Le programme et l'organisation des études ;
- 4° Les modalités d'attribution des dispenses d'études ;
- 5° Les conditions de délivrance du diplôme.

Article D. 4311-48

La nomination des directeurs et directeurs scientifiques des instituts de formation dispensant cet enseignement est subordonnée à leur agrément par le préfet de région. Celui-ci consulte au préalable la commission des infirmiers et infirmières du Conseil supérieur des professions paramédicales pour les directeurs.

CHAPITRE II**REGLES PROFESSIONNELLES****SECTION 1****DISPOSITIONS COMMUNES A TOUS LES MODES D'EXERCICE****SOUS-SECTION 1****DEVOIRS GENERAUX****Article R. 4312-1**

Les dispositions du présent chapitre s'imposent à toute personne exerçant la profession d'infirmier ou d'infirmière telle qu'elle est définie à l'article L. 4311-1, et quel que soit le mode d'exercice de cette profession.

Article R. 4312-2

L'infirmier ou l'infirmière exerce sa profession dans le respect de la vie et de la personne humaine. Il respecte la dignité et l'intimité du patient et de la famille.

Article R. 4312-3

L'infirmier ou l'infirmière n'accomplit que les actes professionnels qui relèvent de sa compétence en vertu des dispositions de la section I du chapitre Ier du présent titre, prises en application des articles L. 4161-1, L. 4311-1 et L. 6211-8.

Article R. 4312-4

Le secret professionnel s'impose à tout infirmier ou infirmière et à tout étudiant infirmier dans les conditions établies par la loi. Le secret couvre non seulement ce qui lui a été confié, mais aussi ce qu'il a vu, lu, entendu, constaté ou compris. L'infirmier ou l'infirmière instruit ses collaborateurs de leurs obligations en matière de secret professionnel et veille à ce qu'ils s'y conforment.

Article R. 4312-5

L'infirmier ou l'infirmière doit, sur le lieu de son exercice, veiller à préserver autant qu'il lui est possible la confidentialité des soins dispensés.

Article R. 4312-6

L'infirmier ou l'infirmière est tenu de porter assistance aux malades ou blessés en péril.

Article R. 4312-7

Lorsqu'un infirmier ou une infirmière discerne dans l'exercice de sa profession qu'un mineur est victime de sévices ou de

privations, il doit mettre en oeuvre les moyens les plus adéquats pour le protéger, en n'hésitant pas, si cela est nécessaire, à alerter les autorités médicales ou administratives compétentes lorsqu'il s'agit d'un mineur de quinze ans.

Article R. 4312-8

L'infirmier ou l'infirmière doit respecter le droit du patient de s'adresser au professionnel de santé de son choix.

Article R. 4312-9

L'infirmier ou l'infirmière ne peut aliéner son indépendance professionnelle sous quelque forme que ce soit. Il ne peut notamment accepter une rétribution fondée sur des obligations de rendement qui auraient pour conséquence une restriction ou un abandon de cette indépendance.

Article R. 4312-10

Pour garantir la qualité des soins qu'il dispense et la sécurité du patient, l'infirmier ou l'infirmière a le devoir d'actualiser et de perfectionner ses connaissances professionnelles. Il a également le devoir de ne pas utiliser des techniques nouvelles de soins infirmiers qui feraient courir au patient un risque injustifié.

Article R. 4312-11

L'infirmier ou l'infirmière respecte et fait respecter les règles d'hygiène dans l'administration des soins, dans l'utilisation des matériels et dans la tenue des locaux. Il s'assure de la bonne élimination des déchets solides et liquides qui résultent de ses actes professionnels.

Article R. 4312-12

Les infirmiers ou infirmières doivent entretenir entre eux des rapports de bonne confraternité. Il leur est interdit de calomnier un autre professionnel de la santé, de médire de lui ou de se faire écho de propos susceptibles de lui nuire dans l'exercice de sa profession. Un infirmier ou une infirmière en conflit avec un confrère doit rechercher la conciliation.

Article R. 4312-13

Le mode d'exercice de l'infirmier ou de l'infirmière est salarié ou libéral. Il peut également être mixte.

Article R. 4312-14

L'infirmier ou l'infirmière est personnellement responsable des actes professionnels qu'il est habilité à effectuer. Dans le cadre de son rôle propre, l'infirmier ou l'infirmière est également responsable des actes qu'il assure avec la collaboration des aides-soignants et des auxiliaires de puériculture qu'il encadre.

Article R. 4312-15

L'infirmier ou l'infirmière doit prendre toutes précautions en son pouvoir pour éviter que des personnes non autorisées puissent avoir accès aux médicaments et produits qu'il est appelé à utiliser dans le cadre de son exercice.

Article R. 4312-16

L'infirmier ou l'infirmière a le devoir d'établir correctement les documents qui sont nécessaires aux patients. Il lui est interdit d'en faire ou d'en favoriser une utilisation frauduleuse, ainsi que d'établir des documents de complaisance.

Article R. 4312-17

L'infirmier ou l'infirmière ne doit pas user de sa situation professionnelle pour tenter d'obtenir pour lui-même ou pour autrui un avantage ou un profit injustifié ou pour commettre un acte contraire à la probité. Sont interdits tout acte de nature à procurer à un patient un avantage matériel injustifié ou illicite, toute ristourne en argent ou en nature faite à un patient. Il est également interdit à un infirmier ou une infirmière d'accepter une commission pour un acte infirmier quelconque ou pour l'utilisation de

matériels ou de technologies nouvelles.

Article R. 4312-18

Il est interdit à un infirmier ou une infirmière de se livrer ou de participer à des fins lucratives à toute distribution de médicaments et d'appareils ou de produits ayant un rapport avec son activité professionnelle.

Article R. 4312-19

L'infirmier ou l'infirmière ne doit pas proposer au patient ou à son entourage, comme salutaire ou sans danger, un remède ou un procédé illusoire ou insuffisamment éprouvé. Il ne doit pas diffuser dans les milieux professionnels ou médicaux une technique ou un procédé nouveau de soins infirmiers insuffisamment éprouvés sans accompagner cette diffusion des réserves qui s'imposent.

Article R. 4312-20

L'infirmier ou l'infirmière ne peut exercer en dehors d'activités de soins, de prévention, d'éducation de la santé, de formation ou de recherche une autre activité lui permettant de tirer profit des compétences qui lui sont reconnues par la réglementation. Il ne peut exercer une autre activité professionnelle que si un tel cumul est compatible avec la dignité et la qualité qu'exige son exercice professionnel et n'est pas exclu par la réglementation en vigueur.

Article R. 4312-21

Est interdite à l'infirmier ou à l'infirmière toute forme de compéage, notamment avec des personnes exerçant une profession médicale ou paramédicale, des pharmaciens ou des directeurs de laboratoires d'analyses de biologie médicale, des établissements de fabrication et de vente de remèdes, d'appareils, de matériels ou de produits nécessaires à l'exercice de sa profession ainsi qu'avec tout établissement de soins, médico-social ou social.

Article R. 4312-22

L'infirmier ou l'infirmière auquel une autorité qualifiée fait appel soit pour collaborer à un dispositif de secours mis en place pour répondre à une situation d'urgence, soit en cas de sinistre ou de calamité, doit répondre à cet appel et apporter son concours.

Article R. 4312-23

L'infirmier ou l'infirmière peut exercer sa profession dans un local aménagé par une entreprise ou un établissement pour les soins dispensés à son personnel.

Article R. 4312-24

Dans le cas où il est interrogé à l'occasion d'une procédure disciplinaire, l'infirmier ou l'infirmière est tenu, dans la mesure compatible avec le respect du secret professionnel, de révéler les faits utiles à l'instruction parvenus à sa connaissance.

SOUS-SECTION 2

DEVOIRS ENVERS LES PATIENTS

Article R. 4312-25

L'infirmier ou l'infirmière doit dispenser ses soins à toute personne avec la même conscience quels que soient les sentiments qu'il peut éprouver à son égard et quels que soient l'origine de cette personne, son sexe, son âge, son appartenance ou non-appartenance à une ethnie, à une nation ou à une religion déterminée, ses moeurs, sa situation de famille, sa maladie ou son handicap et sa réputation.

Article R. 4312-26

L'infirmier ou l'infirmière agit en toute circonstance dans l'intérêt du patient.

Article R. 4312-27

Lorsqu'il participe à des recherches biomédicales, l'infirmier ou l'infirmière doit le faire dans le respect des dispositions du titre II du livre Ier de la partie I du présent code.

Article R. 4312-28

L'infirmier ou l'infirmière peut établir pour chaque patient un dossier de soins infirmiers contenant tous les éléments relatifs à son propre rôle et permettant le suivi du patient. L'infirmier ou l'infirmière, quel que soit son mode d'exercice, doit veiller à la protection contre toute indiscretion de ses fiches de soins et des documents qu'il peut détenir concernant les patients qu'il prend en charge. Lorsqu'il a recours à des procédés informatiques, quel que soit le moyen de stockage des données, il doit prendre toutes les mesures qui sont de son ressort pour en assurer la protection, notamment au regard des règles du secret professionnel.

Article R. 4312-29

L'infirmier ou l'infirmière applique et respecte la prescription médicale écrite, datée et signée par le médecin prescripteur, ainsi que les protocoles thérapeutiques et de soins d'urgence que celui-ci a déterminés. Il vérifie et respecte la date de péremption et le mode d'emploi des produits ou matériels qu'il utilise. Il doit demander au médecin prescripteur un complément d'information chaque fois qu'il le juge utile, notamment s'il estime être insuffisamment éclairé. L'infirmier ou l'infirmière communique au médecin prescripteur toute information en sa possession susceptible de concourir à l'établissement du diagnostic ou de permettre une meilleure adaptation du traitement en fonction de l'état de santé du patient et de son évolution. Chaque fois qu'il l'estime indispensable, l'infirmier ou l'infirmière demande au médecin prescripteur d'établir un protocole thérapeutique et de soins d'urgence écrit, daté et signé. En cas de mise en oeuvre d'un protocole écrit de soins d'urgence ou d'actes conservatoires accomplis jusqu'à l'intervention d'un médecin, l'infirmier ou l'infirmière remet à ce dernier un compte rendu écrit, daté et signé.

Article R. 4312-30

Dès qu'il a accepté d'effectuer des soins, l'infirmier ou l'infirmière est tenu d'en assurer la continuité, sous réserve des dispositions de l'article R. 4312-41.

Article R. 4312-31

L'infirmier ou l'infirmière chargé d'un rôle de coordination et d'encadrement veille à la bonne exécution des actes accomplis par les infirmiers ou infirmières, aides-soignants, auxiliaires de puériculture et par les étudiants infirmiers placés sous sa responsabilité.

Article R. 4312-32

L'infirmier ou l'infirmière informe le patient ou son représentant légal, à leur demande, et de façon adaptée, intelligible et loyale, des moyens ou des techniques mis en oeuvre. Il en est de même des soins à propos desquels il donne tous les conseils utiles à leur bon déroulement.