

Place de l'Infirmier anesthésiste en SMUR Perspectives d'avenir

Introduction

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

Etat des lieux

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

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

Profil des personnels paramédicaux

Il s'agit d'infirmier DE ou d'IADE

Les infirmiers(ières) diplômés d'état en soins généraux :

Le programme de formation des infirmiers (ières) 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 les infirmiers de soins généraux, Il serait nécessaire de définir quel profil doit être retenu, d'identifier ses capacités d'analyse, de synthèse, d'autonomie. Même si un certain

nombre d'IDE possèdent une expertise presque identique aux IADE en dehors de certains gestes techniques, elle n'est pas linéaire et ne se retrouve pas dans la majorité des IDE. Les recommandations de la Société Française de Médecine d'Urgence (SFMU) concernant la formation complémentaire des IDE urgentistes correspondent à une formation au minimum d'une année à temps complet. Les contraintes budgétaires et le *turnover* des équipes risquent de mettre à mal ce projet voir de l'annuler.

Pour autant, il existe des alternatives comme *Pre Hospital Trauma Life Support (PHTLS)* programme de **formation** continue intensif de **secours** pré hospitaliers aux traumatisés. Le bilan des expériences de véhicule SAMU para médicalisé avec des IDE (Toulon, Saint Louis) a démontré que, malgré les formations initiales complémentaires, ils étaient limités à la différence de l'expérience de Thionville armée avec des IADE.

Les infirmiers anesthésistes

La majorité des IADE est issue des services de réanimation, des urgences/Smur et des salles de surveillance post-interventionnelle (SSPI).

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

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

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.

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

- l'accès aux voies aériennes : Intubation ou tous autres éléments supra glottiques
- l'interprétation des éléments de surveillance cardiaque et hémodynamique.
- la surveillance, l'interprétation des éléments de surveillance et l'adaptation du respirateur au patient

- de transmettre dans le cadre du protocole « douleur thoracique » tous les éléments cliniques et électrocardioscopique de la situation.

- la sédation : les IDE n'ont pas, au terme *des articles R. 4311-1 à R. 4311-10 du CSP*, le droit d'injecter des médicaments pouvant être assimilés à des anesthésiques. *L'article article R. 4311-14* fait obligation de mobiliser les connaissances pour réaliser des actes conservatoires mais n'est pas licence pour une pratique non reconnue aux IDE dans le reste du texte. Les infirmiers anesthésistes ont une culture de la pharmacologie de ces médicaments. Ils les utilisent quotidiennement au bloc opératoire. Ainsi, le protocole Diprivan® préconisé par la SFAR en cas de cardio-version suppose, quand ceci se passe en ambulance, une bonne maîtrise de l'emploi de ce produit. Il en est de même concernant les sédations dont certaines sont assimilables à des anesthésies générales. Les IADE connaissent les risques liés à l'administration de ces médicaments et les moyens de palier

à toutes aux complications qu'ils induisent. Ils ont toute compétence pour assurer l'entretien de la sédation en fonction des objectifs spécifiques liés à la pathologie.

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

L'objectif est d'utiliser les modes de raisonnement adaptés à l'évaluation des situations en anesthésie, réanimation ou urgences, appliquer une démarche réflexive permettant une prise de décision argumentée. L'analyse de problématique et méthode de résolution de problème en situation simple ou dégradée d'anesthésie, d'urgence ou de réanimation.

Les dernières réunions traitant sur le nouveau référentiel de formation en vue de la maîtrise avec le Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche a réaffirmé le rôle de l'IADE dans le pré-hospitalier. Sur proposition du SNIA, il est retenu de rajouter, dans le cadre du pré hospitalier, la réalisation d'un bilan par l'infirmier anesthésiste d'une victime tant sur le plan circonstanciel, fonctionnel que lésionnel et d'aborder l'anesthésie sous la responsabilité médicale d'un médecin non-spécialiste en anesthésie.

La formation d'IADE comprend un stage obligatoire en SAMU-SMUR et une séquence de formation théorique de 3 mois concernant la prise en charge des urgences rencontrées dans le cadre du pré-hospitalier, reprenant les dernières recommandations scientifiques des sociétés savantes.

Le stage et la séquence doivent être validés pour présenter les épreuves du diplôme d'Etat d'IADE. Ceci constitue une vraie plus-value en terme qualitatif et de sécurité pour les patients. Les urgences sont une composante de la profession d'IADE. (Annexe n° 2)

L'IADE dans sa pratique quotidienne contrôle les réponses physiologiques, 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, il procède à l'entretien de l'anesthésie en évaluant les besoins pharmacologiques. Même si son activité au bloc opératoire est encadrée par le médecin anesthésiste, l'IADE se voit confié les tâches qui vont de l'induction au réveil du patient.

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

Olivier Fourcade, Kamran SAMII CHU de Toulouse

« De même il est important de laisser aux IADE la possibilité de pouvoir prendre en charge des patients, le plus globalement possible : préparation de la salle, induction, entretien et réveil, sous la responsabilité du médecin Anesthésiste-Réanimateur et ne pas les "utiliser" comme des prestataires de service « ouvriers de salle ».

Au SAMU de Paris, Les médecins confient aux IADE des patients intubés dans le cadre des TIH.

Que disent les textes ?

Décret n°2006-577 du 22 mai 2006

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

Décret no 2006-576 du 22 mai 2006

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

Décret de compétence

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.

Que disent les recommandations ?

Recommandation de la SFAR

2.4. L'IADE et les services d'urgences (Service Mobile d'Urgence et de Réanimation, Service d'Accueil des Urgences)

Du fait de sa connaissance et de sa pratique des gestes d'urgence ou de survie (intubation, cathétérisme veineux périphérique, maniement des appareils de ventilation et de surveillance...), l'IADE est le collaborateur idéal du médecin dans la prise en charge des patients en état grave et de leur transport intra ou extrahospitalier. En revanche, la présence d'un IADE ne dispense en aucune manière de celle d'un médecin, en particulier d'un médecin anesthésiste-réanimateur si une anesthésie est nécessaire. Le dernier point devra évoluer en fonction des recommandations 2010 sur la sédation cosignées par la SFAR et la SFMU.

La SFAR tout comme pour le personnel des salles de réveil n'a pas souhaité demander l'exclusivité de compétence au regard de la démographie des IADE.

- La pratique professionnelle des IADE correspond à une pratique avancée reconnue par les ministères et la communauté médicale. Elle va être confirmée dans les prochains mois par le grade de master.

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

Recommandations de la SFMU 2010

Les dernières recommandations de la SFMU et de la SFAR de 2010 concernant la sédation et l'analgésie en pré-hospitalier et aux urgences.

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

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

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

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

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

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

De par sa formation, l'IADE est le collaborateur idéal pour assurer avec le médecin urgentiste les soins d'urgences, l'anesthésie et la sédation du patient en extra hospitalier. Le couple médecin urgentiste et IADE, grâce à sa synergie, permet d'augmenter la sécurité de la prise en charge.

Recommandations du Syndicat National des Infirmiers Anesthésistes – 2007

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

Congrès de la SFAR 2005 « 47^e Congrès national d'anesthésie et de réanimation »

Deux interventions ont mis en évidence la place privilégiée des IADE dans le pré-hospitalier.

1 - Place de l'infirmier(ière) anesthésiste au SMUR - C, Pouenat, B. Mantz, c. Télion, P. Carli (Paris)

2 - Bénéfices de la formation d'infirmier anesthésiste diplômé d'État dans la prise en charge de **l'urgence** - J. Gaudillière – directeur de l'école d'infirmier anesthésiste (Nice)

Argumentaire comparant la formation d'un IADE à celle d'un IDE.

Il confirme le bénéfice et la place privilégiée que l'IADE doit avoir en SMUR.

Rapport du Professeur Barrier

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

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

Pendant les transports primaires, il participe à l'installation, au recueil des données cliniques, des paramètres vitaux et des données para cliniques. Il participe à la mise en œuvre 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 peut être amené à participer à l'organisation et/ou à la réalisation de missions particulières comme la couverture des grands rassemblements, la prise en charge des événements impliquant de nombreuses victimes, les rapatriements isolés ou collectifs, la médecine humanitaire...

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

La formation très complète de l'infirmier anesthésiste lui permet d'être immédiatement opérationnel dans les unités mobiles hospitalières. Par sa polyvalence, ses compétences et

sa formation reconnues par tous les acteurs de santé, l'infirmier anesthésiste est le plus apte à remplir toutes ces missions dans le cadre des SMUR.

Recommandations de la SFAR concernant l'IADE

La compétence

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

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

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

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

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

Au niveau de la formation

La formation initiale des infirmiers anesthésistes est assurée dans des écoles spécialisées agréées, suivant des modalités définies par l'arrêté du 30 août 1988.

Elle dure 24 mois, quatre des six séquences de la formation théorique sont consacrées à la pratique anesthésique, une à la prise en charge des urgences extrahospitalières et à leur accueil hospitalier, une aux soins avancés de réanimation. Elle comporte des stages dans différentes spécialités.

Elle a pour objectif l'acquisition des connaissances théoriques et cliniques nécessaires à la pratique infirmière au cours des différentes anesthésies générales et locorégionales, à la surveillance des malades au décours d'une intervention, à la réalisation des soins de réanimation, et au transport des malades graves.

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

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.

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.

Programme de formation spécifique à l'urgence

3.2 Le raisonnement clinique en anesthésie réanimation

L'objectif de cet enseignement est de permettre à l'étudiant d'analyser une situation clinique et de mettre en oeuvre une prise en charge adaptée en anesthésie réanimation et urgence.

Objectifs :

Utiliser les modes de raisonnement adaptés à l'évaluation des situations en anesthésie, réanimation ou urgences
Appliquer une démarche réflexive permettant une prise de décision argumentée

Contenu :

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

• UE 3.3.3 Urgence et réanimation

- Les grandes défaillances en situation d'urgence (respiratoires, cardiovasculaires, neurologiques, psychiatriques, traumatiques : polytraumatisé, grands brûlés, trauma crânien...)
- Les urgences pédiatriques
- Les urgences obstétricales, l'accouchement inopiné
- Prise en charge des grands traumatismes

UE 4.3 Interventions en situations d'urgence et de réanimation

Objectifs :

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

Décrire et participer à la prise en charge des situations d'urgences intra et extra hospitalières

Contenu :

Les modalités de prise en charge :

- Les techniques de suppléances respiratoires pour la ventilation de longue durée, techniques de sevrage ventilatoire, trachéotomie
- Techniques d'assistance cardio circulatoire : pace maker, assistances circulatoires extracorporelles, ballon de contre pulsion
- Techniques d'épuration extra rénales
- Technique d'épuration extra hépatique
- Alimentation entérale et parentérale
- Prise en charge et techniques dans tous les types d'urgence et leur mode de transport.
 - Anesthésie réanimation en situations particulières : pré hospitalier, médecine de catastrophe, humanitaire, secours en mer, secours en montagne...
 - Prise en charge de l'arrêt cardio-pulmonaire et respiratoire
 - Electrocutation, électrisation, noyade, pendaison, gelures
 - Hypothermie accidentelle
 - Intoxications médicamenteuses, au CO, aux produits chimiques,
 - Risques nucléaires, radiologiques, biologiques et chimiques
 - Urgences psychiatriques
 - Transport primaire ou secondaire d'une victime selon la voie de rapatriement
 - Transport pédiatrique
 - Techniques d'immobilisation de blessés et relevage
 - Oxygénothérapie hyperbare
 - Transfusion massive
 - Les grandes défaillances (respiratoires, cardiovasculaires, neurologiques, traumatiques : polytraumatisé, grands brûlés, traumatisés crâniens.....) chez l'adulte et en pédiatrie

UE 2.3 Pharmacologie des médicaments en anesthésie réanimation

UE 2.3.1 Pharmacologie 1 (Générale)

- La prescription limitée pour les infirmiers anesthésistes dans le cadre des pratiques avancées

Que disent les médecins anesthésistes ?

Syndicat National des Praticiens Hospitaliers Anesthésistes Réanimateurs Elargi

- les IADE sont de fait quotidiennement et depuis la création de leur métier en pratiques avancées.
- MAR et IADE travaillent en exclusivité collaborative et réciproque, pour une prise en charge globale et sécuritaire des patients.
- Le champ de compétences des IADE a été précisé et élargi, ainsi que le référentiel de formation, afin de permettre aux IADE de s'engager dans le processus de masterisation.

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

SFAR

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

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

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

Que disent les médecins urgentistes ?

Référentiel de formation des infirmiers d'urgences SFMU :

« L'autonomie, la capacité d'anticipation, l'adaptation, l'improvisation contrôlée ainsi que la pleine participation au diagnostique sont l'essence des soins infirmiers en Médecine d'Urgences.

Tous ces éléments contribuent à rendre cette discipline passionnante.

Ces soins nous placent, sans contexte, dans une autre dimension de la responsabilité.

Chacun sait qu'au quotidien, la législation est outrepassée.

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

Tous ses critères se retrouvent dans la spécialité en anesthésie.

Expertise réclamée en fin de formation

Niveau de compétences requises en fin de formation

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

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

Dijon 2011

1 Le proche d'un patient dans le service des urgences s'écroule devant vous. Le bilan initial que vous réalisez, le montre inconscient sans signe de respiration. Quelles sont vos actions

- avant l'arrivée du chariot d'urgence ?
- en présence du matériel spécifique pour gérer cette urgence ?

2009 Toulouse

L'exemple donné demande à l'IADE de prendre en charge deux patients ayant été blessés suite à un effondrement en leur précisant qu'il dirige leur sauvetage et les premiers soins. Hypothèse diagnostique, mécanisme physiopathologique, complications qu'il faut craindre, etc..

2009 Dijon

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

Signes cliniques et para cliniques d'une EP sous coelio.

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

Missions humanitaires ou de catastrophes

Infirmiers anesthésistes dans les situations de catastrophe

C. PINEAU, D. JANNIERE (SAMU de Paris)

Le personnel d'anesthésie réanimation est bien évidemment le mieux placé pour prendre en charge les polytraumatisés des situations de catastrophe.

L'expérience de l'infirmier anesthésiste au quotidien dans les services de SMUR lui permet une adaptation aisée en situation d'exception. Dans ce type de situation, le personnel médical disponible est peu nombreux au regard de la quantité de patients à soigner. Un certain nombre de gestes médicaux sont donc délégués et l'infirmier anesthésiste se retrouve rapidement au centre du dispositif de soins, il a fait la preuve de sa compétence lors des situations d'exception que nous avons eu à gérer ces dernières années. L'infirmier anesthésiste est un soignant : il va pouvoir apporter sur le terrain sa compétence technique. De par sa formation, son habitude de la gestion au bloc opératoire et au SMUR, il sera un collaborateur incontournable dans la préparation et la mise en place de la logistique médicale des événements catastrophiques.

- Les deux dernières missions humanitaires (Pakistan, Haïti) ont démontré la plus value des IADE dans la prise en charge des patients nécessitant des actes de chirurgie et donc d'anesthésie réalisés par les IADE sous la supervision médicale d'urgentiste.
- A noter qu'aucun conflit de compétences n'a été signalé lors de ses deux missions et qu'aucune complication anesthésique n'a été relevée lors de la présence d'IADE dans les équipes.

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

Intérêt pour les établissements

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

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

En allant puiser d'autres sources de connaissances au contact d'un panel de professionnels

plus large, l'IADE augmente le champ du savoir, du savoir-faire, développe ses acquis et attise sa curiosité intellectuelle sur l'évolution de l'ensemble de la profession et pas seulement sur un domaine précis.

Les IADE qui ont choisi d'exercer au sein d'un SMUR doivent maintenir leurs compétences en anesthésie. Le maintien de la finesse anesthésique et l'actualisation des connaissances dans la spécialité requièrent une pratique régulière. L'alternance permet à l'IADE de conserver son savoir, maintient son savoir-faire, développe son savoir-être.

La compétence relève donc des connaissances techniques et intellectuelles et à leur adaptation permanente. Cependant, le maintien des compétences ne doit pas se résumer dans la pratique quotidienne qui peut devenir routinière. L'apprentissage permanent permet l'adaptation des connaissances, le maintien et l'élargissement des compétences. L'alternance professionnelle entre le SMUR et le bloc opératoire permet donc de conserver cette notion de changement permanent, d'adaptation professionnelle. L'IADE développe également son esprit formatif, il ne faut pas perdre de vue que l'alternance reste une plus-value pour l'ensemble de l'équipe.

L'affectation des IADE au niveau des SMUR est un facteur attractif supplémentaire qui permet d'améliorer le recrutement dans les établissements.

L'intérêt réside dans l'augmentation de la qualité de la prise en charge des urgences extrahospitalière, de permettre la fidélisation du personnel et d'avoir, au regard de la démographie, un effectif suffisant d'IADE permettant le maintien de l'activité anesthésique au sein des établissements.

Conflits de compétences ou d'attributions

Actes techniques réalisables :

Certains nous opposent notre décret de compétence qui précise que nous ne pouvons travailler uniquement que sous la responsabilité d'un médecin anesthésiste. Cette affirmation est une interprétation des textes réglementaires qui indiquent que nous travaillons uniquement sous la responsabilité d'un MAR.

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

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

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

Que 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.

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

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

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

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

Conflit de compétences :

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

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

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

Un élément de réponse est certainement la nécessité :

- De mettre en conformité les prises en charge en fonction des recommandations scientifiques,
- De rappeler que l'IADE est sous la responsabilité du médecin, que ses obligations réglementaires leurs sont applicables comme pour toutes activités sur prescription.
- D'informer les médecins urgentistes sur les compétences acquises lors de la formation IADE afin qu'ils puissent les utiliser sans penser que leurs compétences soient remises en causes mais aussi de valoriser l'action de ses subordonnés lorsqu'elles sont pertinentes.
- Favoriser la collaboration étroite alliant cohérence, complémentarité, pertinence dans le respect des responsabilités de chacun.

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

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

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

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

La para-médicalisation

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

L'infirmier va jouer un rôle de plus en plus important dans le transport de patients. Lors des congrès de la SFMU de nombreux articles mettent en évidence l'augmentation des TIIH. L'introduction d'un processus de graduation dans le système de secours apporterait, dans un souci de rationalité économique et de qualité de prestation, plus de souplesse et de cohérence dans l'emploi des compétences mobilisées et de permettre un haut niveau de sécurité.

La para médicalisation des infirmiers sapeurs pompiers a démontré son utilité, les ARS comme celle du sud ouest demandent d'installer des VL SAMU para médicalisés.

Que dit « SAMU de France » ?

Edition des recommandations pour les transports secondaires réalisés par des infirmiers seuls.

Il souligne que les infirmiers qui réalisent des TIIH doivent avoir acquis une expérience dans le transport SMUR ou être diplômés infirmiers anesthésistes et justifier d'un maintien de compétences en SMUR.

Ces recommandations reconnaissent que la formation IADE est adaptée à ce type d'activité.

Position de « Samu de France » sur le rôle de l'infirmier dans l'aide médicale urgente hors présence médicale.

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

Position de l'Académie de médecine

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

Réponse du Professeur Roger Henrion (3 SM Mag mars 2011):

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

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

Etude étrangère

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

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

Expérience de para-médicalisation

Toulon

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

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

Dans leurs conclusions :

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

Il précise que l'action des l'IDE était limitée tant sur le plan des gestes techniques pouvant être réalisés que sur le plan de la réflexion aboutissant à une action.

Département du Haut Rhin secteur Saint Louis

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

Bilan présenté après 4 ans de fonctionnement à partir de janvier 2001.

Il existe un taux de satisfaction de plus de 90% de tous les intervenants médicaux confondus concerné par cette implantation.

Personnel infirmier DE détaché du CH Mulhouse.

Leurs conclusions malgré une sélection sévère des candidats et des formations complémentaires réalisées, soulignent la nécessité de formations

complémentaires et une limite dans la prise en charge sur le plan technique (9 % d'interventions ou les protocoles n'étaient pas applicables).

Thionville 1990

Fonctionnement du SMUR avec des IADE comme seuls intervenants, possibilité d'un renfort médical à la demande.

En 1995 sur 2970 interventions réalisées par les IADE seulement 165 renforts médicaux ont été nécessaires.

Expérience réalisée pendant 13 ans qui a été arrêtée lorsque les budgets ont permis de médicaliser les équipes.

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

Para médicalisation des infirmiers sapeurs pompiers

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

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

Les ISP ont suivi une formation départementale aux PISU les amenant à réaliser des protocoles d'urgences en attendant un médecin SAMU ou SP.

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

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

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

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

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

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

Médicalisation des parcs de loisirs

Depuis sa création, le parc Disneyland fonctionne sur le principe de la para médicalisation avec sur l'infirmerie principale la présence d'un médecin pouvant intervenir à la demande des infirmiers ou réflexe devant l'information d'une urgence vitale.

Ces infirmiers travaillent sur protocole de soins (soins infirmiers, administration de médicaments) et sur des protocoles d'urgences.

Médicalisation événementielle

Les infirmiers sapeurs pompiers « protocolés » de l'Aisne

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

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

Dans l'Aisne, département rural, celui-ci connaît une forte pénurie de médecins tout secteur d'activité confondu. De fait, sur certaines manifestations de moindre ampleur ou de très longue durée, la solution de l'infirmier protocolisé s'est imposée. Ses missions sont :

- D'apporter une expertise soignante au sein d'un dispositif secouriste ;
- D'effectuer un pré tri des pathologies si un afflux de victimes se produit ;
- D'orienter, sous l'autorité du médecin régulateur, les évacuations ;
- De mettre en œuvre des soins infirmiers relevant du rôle propre (pansements non médicamenteux ou entretien infirmier par exemple) ;
- De mettre en place les protocoles de soins d'urgences et d'antalgie, si nécessaire. Cela permet de ne pas évacuer toute douleur, même modérée, par l'utilisation de paracétamol per os ou de pommade antalgique.

L'apogée de cette expérience fut la couverture, en 2009, d'un rassemblement évangélique tzigane d'environ 30 000 personnes sur la base militaire de Laon Couvron. Les ISP ont assuré la permanence des soins sur le site en dehors des heures de consultations des médecins libéraux (9h-18h). Ils ont effectué, seuls, 25% des soins délivrés (consultations incluses) et permis de limiter l'augmentation d'activité des urgences du centre hospitalier de Laon à 15%. A posteriori, les autorités départementales ont salué l'action de ces professionnels de santé. En 2011, les ISP ont été présents, outre le Teknival, sur quatre manifestations dont deux aux côtés des secouristes associatifs (Croix Rouge et Protection

Civile) et, comme à chaque fois, la coopération a été fructueuse. Les ISP apprécient de découvrir un monde qu'ils ne connaissent pas toujours et travailler dans le contexte particulier des rassemblements de foules.

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

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

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

Place de l'IADE dans la para-médicalisation

L'analyse de la situation et la capacité à évaluer le risque.

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

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

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

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

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

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

Capacité d'intervention

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

Au bloc opératoire :

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

En salle de réveil :

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

Dans les services de réanimation :

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

Dans son rappel à la déontologie :

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

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

Propositions

Yvon Berland communique sur le rapport Hénart sur « infirmier.com »
(<http://www.infirmiers.com/ressources-infirmieres/documentation/infirmieres-yvon-berland-defend-le-rapport-henart.html>)

Voici deux extraits :

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

- Les maîtres mots seront connaissances accrues et autonomie.

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

Nous reconnaissons de grande similitude dans ses écrits et dans notre pratique quotidienne.

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

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

Pour obtenir ce statut de professions médicales à compétences limitées ou **plutôt de pratiques avancées**, le niveau master est demandé, ce qui est le cas pour la rentrée 2012.

Pour se faire, il faut :

- Faire réaffirmer notre expertise dans ce type d'activité afin de répondre aux nouvelles pratiques avancées des IADE dans le domaine du pré-hospitalier..

- Proposer au SAMU, et aux organismes de tutelle de mettre en place une réponse graduée armée avec des IADE.

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

Les expériences du Haut Rhin, de Toulon ont démontré les limites de la formation IDE, l'IADE doit avoir une place privilégiée dans le cadre de cette activité, l'expérience de Thionville l'avait démontré.

La démographie anesthésique

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

L'activité chirurgicale dans les établissements ne pourra se maintenir qu'à la condition qu'ils restent attractifs, pour cela il sera nécessaire de maintenir un effectif d'anesthésistes suffisants. Proposer une activité mixte

entre le SMUR et l'anesthésie est un élément déterminant pour le recrutement (les directions d'établissement doivent le prendre en compte, sachant qu'une partie des IADE recherche ce type de poste).

Conclusion

Au regard des textes, de la position de la communauté médicale, de la sécurité, l'intérêt général commande que l'équipe réunisse des professionnels dont les missions et les compétences permettent à la synergie de pouvoir s'exprimer.

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

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

Il est préférable dans la prise en charge des urgences extrahospitalières d'avoir à ses côtés un copilote plutôt qu'un steward.

L'IADE reste, au sein d'une équipe médicalisée, un partenaire complémentaire pour l'urgentiste et une alternative de choix en para-médicalisation de par sa compétence et son expertise

Bruno Huet
IADE
Réfèrent SMUR Argenteuil

L'infirmier anesthésiste et l'intubation au SAMU 67
Etude sur 3 Mois : Décembre 2010, Janvier 2011, février 2011.

Nombre d'intubations (recensées) pratiquées par un IADE : **22**

Sur ces 22 intubations :

° **13** ont été effectuées de première main, dont :

- 8 de Cormack grade I
- 2 de Cormack grade II
- 1 de Cormack grade III
- 2 de Cormack grade IV

° **9** ont été réalisées en deuxième main, suite a un échec d'intubation par un premier opérateur :

- 6 après un Interne, dont 4/6 de grade I, dont 2/6 de grade III
- 2 après un Senior, 2/2 de grade II
- 1 après un Renfort de grade I

Fiches recueillies et données exploitées par Karine Bricker