



Bulletin d'Information du Syndicat National des Infirmiers Anesthésistes



- ♦ Compte rendu de l'Assemblée Générale de décembre 2015
- ♦ Activités syndicales

annonces CONGRES

4, 5 et 6 février 2016 - SECOURS EXPO

Salon 100 % Premiers secours

Paris PORTE DE VERSAILLES

Site : <http://www.secours-expo.com/>

11 et 12 mars 2016 – JEPU

Palais des Congrès Porte Maillot

Site : <http://www.jepu.net>

24 et 25 mars 2016 - JLAR 2016

23^{ème} journée Lilloise d'Anesthésie Réanimation de Médecine d'Urgence 2016

Site : <http://www.jlar.com>

13 au 16 mai 2016 – Congrès Mondial des Infirmiers Anesthésistes

Glasgow – UK

E-Mail : Email: info@secc.co.uk

Site : <http://www.wcna2016.com>



Jeudi 26 mai 2016 – 7^{ème} édition du congrès des Infirmiers Anesthésistes de Bretagne

Site : <http://www.greia35.fr/>

Du 1er au 3 juin 2016 – Urgences 2016 – 10^{ème} Congrès Sté Française de Médecine d'Urgence

Palais des Congrès de Paris

2, place de la Porte Maillot – 75017 Paris

Site : <http://www.urgences-lecongres.org>

3 et 4 juin 2016 – 34^{ème} Congrès MAPAR

Centre des congrès de la Villette – Cité des Sciences et de l'Industrie

30, avenue Corentin Cariou – 75019 Paris

Email : secretariat@mapar.org

Site : www.mapar.org

Du 22 au 24 septembre 2016 – Congrès SFAR 2016

Palais des Congrès de Paris

2, place de la Porte Maillot – 75017 Paris

Site : <http://www.sfar2016.com/>

éDITO et sommaIRE

AU REVOIR 2015... ET BONNE ANNÉE 2016 !

En cette fin d'année 2015, les représentants IADE se sont prêtés au jeu du travail de groupe sur l'exercice professionnel avec la DGOS.

La question guidant ces travaux est simple : quelle est concrètement la pratique de l'infirmier-anesthésiste ? Quelles sont les pratiques advenues et quelles peuvent être les pratiques potentielles ?

La deuxième phase de ce travail de groupe est la concertation avec le corps médical ; d'une part les représentants des médecins anesthésistes-réanimateurs et, d'autre part, les représentants des médecins urgentistes.

La profession subit régulièrement des attaques et 2015 n'a pas dérogé à ce phénomène que l'on finit par vivre comme du harcèlement.

Aujourd'hui, c'est d'une de nos activités que l'on s'efforce de nous évincer : la médecine d'urgence.

Nous n'allons pas nous laisser amputer un bras sans réagir car aujourd'hui c'est le préhospitalier mais demain, ce sera peut-être les salles de déchoquage puis les SSPI et peut-être ensuite les plateaux techniques, etc., etc.

Devrons-nous craindre pour notre exclusivité d'exercice ?...

Le SNIA a dû répondre aux attaques récentes du « livre blanc » de SAMU-Urgence de France et de l'éditorial des Annales Française de Médecine d'Urgence.

Nous devons être reconnus pour toutes les facettes de notre profession.

Et le SNIA continuera de se battre pour la pérennisation de nos spécificités, toutes nos spécificités !

Le ministère conçoit des paramédicaux « au-dessus du lot » mais n'accepte pas, en 2015, de positionner notre profession à la place qu'elle devrait occuper légitimement dans l'organigramme des professions de santé.

L'année 2016 commence et nous allons donc poursuivre notre lutte.

D'autant plus que nous nous sommes entendus dire que cette réflexion sur l'exercice infirmier-anesthésiste était une étape nécessaire avant de « faire bouger les lignes ».

Nous sommes décidés à aller jusqu'au bout de nos revendications qui sont maintenant celles d'une intersyndicale déterminée. Le danger menace depuis longtemps et la très grande majorité de la profession en a pris conscience.

2016 sera encore et plus que jamais une année de défense de la profession pour que justice lui soit enfin rendue !

2016 devra être une nouvelle année charnière de l'histoire de la profession !

Personne ne défend mieux les IADE que les IADE eux-mêmes.

Le SNIA doit vivre encore longtemps !

Je souhaite à chacun une très bonne année 2016.

Jean-Marc Serrat
Président du SNIA

BULLETIN N° 203 FéVRIER 2016

ANNONCES CONGRÈS

2

EDITO

3

COMPTE RENDU DE L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

4

ACTIVITÉS SYNDICALES

8

DOSSIER ANESTHÉSIE

26

DOSSIER PRÉHOSPITALIER - URGENCES

29

DOSSIER FORMATIONS

32

TEXTES OFFICIELS

33

LES ANNONCES DE RECRUTEMENT

35

Syndicat National des Infirmiers Anesthésistes

157, rue Legendre - 75017 Paris
Tél. : 01 40 35 31 98 - Fax : 01 40 35 31 95
E-mail : snia75@snia.net

ISSN : 2265 - 920X

Editeur et régie publicitaire :
Macéo éditions – M. Tabtab, Directeur
06, Avenue de Choisy - 75013 Paris
Tél. : 01 53 09 90 05
maceoeditions@gmail.com
<http://reseauprosante.fr/>

Imprimé à 700 exemplaires. Fabrication et impression en UE. Toute reproduction, même partielle, est soumise à l'autorisation de l'éditeur et de la régie publicitaire.

Les annonceurs sont seuls responsables du contenu de leur annonce.

COMPTE RENDU DE L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE DE DÉCEMBRE 2015

L'Assemblée Générale statutaire 2015 s'est déroulée le 5 décembre 2015 au CISPAurice Ravel à Paris. 16 personnes présentes, 15 au moment du vote sur la composition du conseil, et 83 représentées.

Jean-Marc SERRAT, président du SNIA, ouvre la séance, remercie l'ensemble des participants de leur présence et présente l'ordre du jour.

I. APPROBATION DU PROCES VERBAL DE L'AG 2014

Approbation à l'unanimité, du procès-verbal de l'assemblée générale 2014 publié dans le bulletin n° 200 du 1^{er} trimestre 2015.

II. RAPPORT FINANCIER

Lecture est faite du montant des principaux postes budgétaires. La comptabilité est transparente et contrôlée par un cabinet comptable. Les recettes sont inférieures aux dépenses. Ce résultat s'explique par les frais bancaires plus importants dus au nouveau système de paiement par internet et par la baisse du nombre d'adhérents sur l'année 2015. Il a été constaté près d'un tiers de perte d'adhérents sur cinq ans. Il manquait cette année 76 adhésions pour équilibrer les comptes.

L'économie envisagée en changeant de fournisseur d'accès internet et téléphonie en 2014 (en passant d'Orange à OVH) est confirmée en 2015.

Les abonnements à certains magazines sont ou seront résiliés.

Des économies sont décidées notamment en supprimant la location de la place de parking au siège du SNIA. Cette place de parking n'est quasiment jamais utilisée.

Il est également envisagé des économies sur :

- Un éventuel changement de fournisseur d'énergie pour le local parisien du SNIA (actuellement chez EDF).
- L'achat d'un rideau thermique placé dans le local SNIA limitant les pertes d'énergie.
- Le remplacement du parc d'imprimantes actuel par une seule machine multifonction, moins gourmande en consommables.

Le bilan financier est approuvé à l'unanimité, par un vote à main levée.

Fixation du montant de la cotisation 2016

Les recettes sont exclusivement liées aux adhésions. L'assemblée échange sur les stratégies qui permettraient d'augmenter le nombre d'adhérents, des propositions sont faites et débattues.

Le conseil tombe d'accord sur le fait qu'il faut faire plus de communication, plus de démarchage.

Il est discuté aussi le fait d'envoyer les bulletins jusqu'à la date anniversaire des adhésions. Et non plus seulement jusqu'à la fin de l'année comme c'est le cas actuellement.

La mensualisation ou le prélèvement automatique ont été rediscutés. Mais ce sont des solutions qui demandent d'importantes modifications informatiques. Rien n'a été décidé à ce propos.

Pas d'augmentation de la cotisation en 2016

Après délibération, nous procédons au vote à main levée, pour le montant annuel des cotisations 2016.

Les montants des cotisations 2016 sont approuvés par 14 voix sur 15 (une voix contre) :

IADE et Cadres de Santé : 106 €

Etudiants : 33 €

Retraités : 33 €

III. RAPPORT MORAL DE L'ACTIVITE DU SYNDICAT

Présenté par Raphaël LAGARDE, Secrétaire Général du SNIA

1. CIF (Collège Infirmier Français)

Collège Infirmier Français Emanation HAS – But : Interlocuteur unique (ministère/DGOS)

- Objectifs : mutualiser les compétences, l'expertise de ses membres dans le but d'améliorer la qualité et la sécurité des soins, « contribuer à la promotion de la recherche en sciences infirmières » et « d'optimiser la formation universitaire et le DPC ».
- Nombre de réunions : 5 réunions.
- Actions du SNIA : « Pas de chaise vide ! » être la voix de la profession et défendre ses intérêts.
- Problématique : gouvernance/lutte d'egos/Avenir ?
- Mission aux délégués SNIA siégeant dans le CIF de demander un positionnement clair IADE = Profession intermédiaire (Pratique avancée), maintien de notre représentation évoqué.

Il est décidé collectivement de rester au sein du CIF, mais l'idée de créer notre propre collège infirmier IADE est envisagée.

2. Commission de suivi « Professionnel de l'anesthésie en souffrance » (partenariat CFAR/SNIA)

- But : Prévention et gestion des risques psychosociaux.
- Nombre de réunions : 5 réunions Action du SNIA : être la voix de la profession et protéger ses membres.
- Participation : 1200 euros/an Avenir : Maintien ? VOTE OUI (15 pour / 1 contre) avec évaluation l'année prochaine.

Il y a environ 6000 connections. Il est envisagé de faire ajouter une question (médecin ou infirmier) lors des appels reçus.

3. Haut Conseil des Professions Paramédicales

- Nombre de réunions : 5 réunions.
- Action du SNIA : « Pas de chaise vide » être la voix de la profession et défendre ses intérêts, veiller à ce que les problématiques des autres professions paramédicales n'impactent pas la nôtre de manière négative.

(4 déclarations liminaires faites : notamment SMUR Arpajon).

4. OG-DPC

- But : Pilotage du Développement Professionnel Continu (DPC) dans sa globalité pour l'ensemble des professionnels de santé exerçant en France.
- Nombre de réunions : 8 réunions.
- Action du SNIA : Participation à l'examen des dossiers des organismes O-DPC (validation organisme/programme).
- Problématique sur l'organisation des congrès IADE liée à la participation financière des laboratoires.

5. Participation aux Congrès

- Lieux : • JEPU
 - SFAR
 - Réunions professionnelles (ex. CIARCR Caen)
- Actions : stand, rencontres et échanges professionnels.

6. Comité de suivi de la réforme de la formation

- But : suivi et optimisation de la nouvelle formation.
- 2 Réunions.
- Actions : Evaluation, optimisation de la formation.
- Demande de définition sur la prescription limitée. A ce jour, on est en attente de réponse.

- Gouvernance des écoles IADE : il y a beaucoup de coordination d'écoles ou instituts avec des directeurs de soins qui ne sont pas issus de la filière IADE.
- Unification de sous U.E. et étude de compensation dans les U.E.
- Décision de relance du Ministère pour n'avoir ne serait-ce qu'un compte rendu des deux dernières réunions où le SNIA siégeait. (Fait le 07/12/2015 par mail).
- Nouvelle réunion le 12 janvier 2016.

7. Relations avec l'ONI

Prévision rencontre entre le SNIA et l'ONI suite à la demande insistante de la présidence de l'Ordre de rencontrer le président du SNIA. Cette rencontre aura lieu au siège du SNIA en début d'année 2016.

8. Réunion avec la DGOS

- Réunions avec la DGOS • 08/10/15 • 05/11/15 • 03/12/15
- Discussion sur les comptes rendus oraux de la tournure des discussions.
- Un communiqué de presse commun sera diffusé prochainement.
- La question d'exiger exclusivement des représentants IADE dans les réunions est évoquée.

9. Réunions avec les collectifs

- 11/06/15 : Bordeaux
- 28/08/15 : Besançon
- 11/09/15 : Paris
- 08/10/15 : Marseille
- 07/11/15 : Paris

Diffusion des informations, échanges avec les professionnels, accompagnement.

10. Grèves

- **21/05/15 et 01/10/15 : journées de grève, manifestations à Paris et en province, délégation reçue par le ministère.**
- Revendications :
 - Reconnaissance salariale et statutaire
 - Pénibilité
 - Place dans le Pré-hospitalier

11. Réponses aux questions et sollicitations des professionnels Adhérents* en priorité.

(250 à 300 sollicitations/an)

*: Sauf en cas de problème majeur

12. Publications du SNIA en 2015, et bulletins de 2016

Bulletins 2015

- 3 bulletins
- 1 lettre d'information
- 6 newsletters

Bulletins 2016

Il sera inséré un hommage à Mme Diane SAUZEA SEILLON (déléguée régionale jusqu'en 2014) et adhérente fidèle au SNIA depuis 1992, qui nous a quitté en cette fin d'année.

Il est envisagé de faire un appel à participation pour la rédaction d'articles, ainsi que pour la parution d'un mémoire.

Le bulletin devra aborder plus la vie du syndicat en 2016.

IV. RENOUVELLEMENT DU CONSEIL SYNDICAL

Trois membres du conseil syndical sont en fin de mandat :

Se représentent : JC CLUZES, M. GUINOT.

C. SALTEL : ne se représente pas.

Un nouveau candidat se présente :

- **Arnaud WAROT**, Adhérent au SNIA depuis 2013. IADE depuis 2011. Exerce actuellement au CH de Douai (59500).

Résultat du Vote, à bulletins secrets : 98 bulletins de vote sont exprimés (dont 83 pouvoirs)

Jean-Christophe CLUZES :	97 voix (Elu)
Monique GUINOT :	98 voix (Elue)
Arnaud WAROT :	97 voix (Elu)

Tous les candidats sont élus.

La prochaine réunion téléphonique du conseil syndical est fixée au 21 décembre 2015.

*Le président de SNIA
Jean Marc Serrat*

COMPOSITION DU CONSEIL DU SNIA EN 2016	
BUREAU	
SERRAT Jean Marc	Président
	Vice-président
HUET Bruno	Chargé du secteur pré-hospitalier, des urgences et des relations avec les associations
TALAND Simon	Secrétaire général
PODYMA Edouard	Secrétaire général adjoint
CLUZES Jean-Christophe	Trésorier
LAGARDE Raphaël	Trésorier adjoint
BOUDIGUET Danie	Conseillère nationale chargée de la formation et du bulletin
KOINIG Isabelle	Conseillère nationale chargée du bulletin
GUINOT Monique	Conseillère nationale chargée de la formation
WAROT Arnaud	Conseiller national en charge du dossier Communication (documentation, enquête, informatique, ...)
BELLET Sébastien	Conseiller national en charge des dossiers retraites
COVA Marc-Philippe	Conseillers nationaux en charge des Régions
VAST Éric	
CULTY Jean-Claude	Conseiller national

ACTIVITÉS SYNDICALES



COMMUNIQUÉ DE PRESSE

INFIRMIERS ANESTHÉSISTES (IADE)

La DGOS, les organisations syndicales et l'association nationale des étudiants représentants l'ensemble de la profession IADE, se sont réunis une nouvelle fois ce jeudi 3 décembre au ministère de la Santé.

Le thème du jour était l'exercice professionnel des IADE au bloc opératoire et en salle de surveillance post-interventionnelle. L'élaboration d'un document mettant à plat l'exercice actuel et les évolutions possibles et souhaitées des pratiques IADE se poursuit donc. Il sera ensuite débattu avec des organisations médicales sélectionnées unilatéralement par le ministère.

Les organisations syndicales **CGT, FO, SNIA, UNSA** et l'association nationale des étudiants IADE s'opposeront à ce que ce processus induise toute forme de limitation de l'exercice actuel ou amène à l'élaboration d'une liste d'actes autorisés pour la pratique de l'anesthésie-réanimation péri et peropératoire.

Faute d'un vrai traitement des causes, la problématique IADE perdure au-delà du raisonnable. Elle puise ses sources dans une non reconnaissance : des pratiques réelles et de leur apport à l'offre de soins, du niveau de responsabilité et d'autonomie comme du niveau de formation initiale et continue de cette profession.

L'exercice professionnel IADE s'appuie sur une formation de haut niveau assorti d'une expérience professionnelle. Il est précisément décrit dans les référentiels d'activité, de compétences et de formation qui ne sauraient être revus à la baisse. Toute décision en ce sens aboutirait à précariser à la fois les IADE et l'offre de soins en anesthésie-réanimation, urgences et secours préhospitalier et algologie.

La profession toute entière attend au contraire un geste fort et décisif.

Un engagement qui doit passer notamment par la reconnaissance d'un niveau d'autonomie actée par un renforcement réglementaire qui ne pourra se limiter à la rédaction d'une simple circulaire. Cette nécessaire évolution doit être complétée par un positionnement adapté dans le Code de la Santé Publique et par la récupération d'un corps spécifique dans la fonction publique hospitalière.

Tout IADE, du public comme du privé, doit bénéficier d'une rémunération à la hauteur du niveau Master et de la reconnaissance de l'apport de la profession au système de santé.

Les représentants des IADE font des propositions qui dépassent la seule problématique IADE et renforcent l'offre de soin dans un contexte d'austérité budgétaire. Souhaitons que les tutelles et la société médicale prennent la mesure de l'importance du sujet

CONTACTS

CGT : Vincent PORTEOUS (06 17 82 78 60)

FO : Christian PRUDHOMME (06 50 38 06 09)

SNIA : Jean-Marc SERRAT (06 87 88 57 08)

UNSA : Laurent PHILIPPE (07 81 88 21 64)

ANEIADE : Gérald DELARUE (06 22 27 23 05)



RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
LIBERTÉ - ÉGALITÉ - FRATERNITÉ

Jean-Louis TOURAINE
Député du Rhône

Réf. : JLT/NV/Ministère

Monsieur Étienne CHAMPION
Directeur de cabinet
Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes
14 avenue Duquesne
75350 PARIS 07 SP

LYON, le 18 décembre

Monsieur le directeur de cabinet,

Mon attention a été attirée à de nombreuses reprises sur les conditions de travail et de rémunération des infirmiers anesthésistes diplômés d'Etat (IADE). Je souhaite, par la présente, affirmer mon soutien aux revendications légitimes des IADE qui disposent d'une formation de qualité et d'une expertise et une spécialisation dont aucune autre profession paramédicale ne peut se prévaloir.

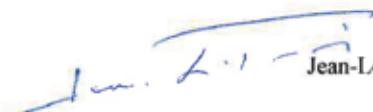
Comme vous le savez, j'ai été rapporteur du Titre III du projet de loi de modernisation de notre système de santé dans lequel figurait l'article 30 consacré à l'exercice en pratiques avancées et à la création du métier d'infirmier clinicien. Actuellement, les IADE, de par leur expertise en anesthésie et en soins d'urgences, sont déjà des infirmiers en pratique avancée. C'est donc légitimement qu'ils demandent la reconnaissance de leur autonomie et de l'exclusivité de leurs compétences par l'obtention d'un statut de profession intermédiaire.

En outre, les IADE ont obtenu, en 2014, d'être reconnus au niveau de grade Master. Néanmoins, bien que cette décision témoigne d'une volonté de Madame la Ministre des Affaires sociales et de la Santé de reconnaître la qualité de leur parcours, les IADE ne sont toujours pas rémunérés sur la base d'une grille indiciaire correspondant à leur niveau d'études. Ainsi, leur rémunération est très faible en comparaison avec les grilles salariales des professions équivalentes de la fonction publique.

Récemment, un groupe de travail s'est constitué afin de faire évoluer les pratiques des IADE. Si cette initiative doit être saluée, les représentants de cette profession n'ont pas le sentiment d'être écoutés par la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) et regrettent l'absence de représentation du cabinet de la Ministre aux réunions. D'après mes informations, le cabinet n'a été représenté qu'à une seule occasion, début octobre.

Enfin, en ma qualité de rapporteur, je vous saurais gré de bien vouloir me tenir informé de l'évolution des négociations en cours.

Vous remerciant par avance de l'intérêt que vous porterez à mon courrier, je vous prie de croire, Monsieur le directeur de cabinet, en l'expression de mes cordiales salutations.


Jean-Louis TOURAINE

Jean-Louis TOURAINE – Député du Rhône - 117, avenue de Saxe - 69003 LYON
Tel : 04 37 45 49 49 – Fax : 04 78 95 08 44 – email : jl.touraine@laposte.net
Metro : ligne B station Place Guichard - ligne D station Saxe-Gambetta / Bus C4 et C14 arrêt Saxe-Paul Bert
Tramway T1 : arrêt Saxe-Préfecture

ACTIVITÉS SYNDICALES



**SYNDICAT NATIONAL
DES PRATICIENS HOSPITALIERS
ANESTHÉSISTES RÉANIMATEURS ÉLARGI**

MEMBRE ADHÉRENT ET FONDATEUR DE L'INTERSYNDICALE « AVENIR HOSPITALIER »
MEMBRE ADHÉRENT DE LA FÉDÉRATION EUROPÉENNE DES MÉDECINS SALARIÉS, FEMS

Docteur Yves Rébufat
Président

Docteur Nathalie Cros-Terraux
Vice-Présidente

Docteur Véronique Agaësse
Secrétaire Générale

29 décembre 2015

Soutien aux revendications des IADEs mais réaffirmation d'une discipline médicale à forte responsabilité.

Le SNPHAR-E apporte son soutien à la **légitime exigence de reconnaissance** actuellement exprimée par les Infirmier(e)s Anesthésistes Diplômé(e)s d'Etat (IADE).

Au quotidien, les IADEs sont nos collaborateurs. Nous savons l'expertise liée à une formation de haute qualité d'infirmier(e)s spécialisé(e)s à laquelle les Praticiens Hospitaliers contribuent durant les deux années d'études. Aucune profession paramédicale ne peut actuellement s'en prévaloir. Leur intégration au système LMD leur a permis la reconnaissance d'un niveau Master en 2014 mais, à ce jour, **ils n'ont toujours pas reçu la valorisation indiciaire ou salariale de ce niveau de formation.**

Aujourd'hui, l'article 30 de la Loi de Santé qui définit l'exercice en pratique avancée pour les professions paramédicales ne semble pas pouvoir leur être appliqué en l'état. Un décret d'application de cet article devrait en effet fixer, pour chaque paramédical, "les domaines d'intervention en pratique avancée", "les activités que le professionnel peut accomplir dans chacun de ces domaines d'intervention", et "en tant que de besoin, les types d'actes pouvant être réalisés de façon autonome par le professionnel".

Ainsi, cela reviendrait à définir de nouvelles tâches ou actes qu'ils exerceraient en totale autonomie.

Pour le SNPHAR-E, ces professionnels assurent déjà au quotidien la surveillance des patients anesthésiés et la gestion de l'anesthésie, sur protocole médical et dans le cadre défini par les équipes médicales dans les services d'anesthésie. **Aucune autre profession paramédicale n'a actuellement ce degré d'autonomie et de responsabilité dans la prise en charge des patients.** Cette autonomie encadrée médicalement est nécessaire. Elle permet le fonctionnement des blocs opératoires dans lesquels, en France, un médecin anesthésiste est responsable de plusieurs salles opératoires et de plusieurs patients simultanément. Sans cette autonomie et la relation de confiance qui doit s'établir entre l'IADE et le médecin anesthésiste, le nombre d'anesthésies réalisées en France diminuerait d'un facteur 2. Personne ne peut le souhaiter.

Le SNPHAR-E n'envisage cependant pas que l'article 30 puisse être l'occasion d'une remise en question de la médicalisation de l'anesthésie-réanimation, que ce soit au sein du système public ou du libéral. **Les médecins anesthésistes réanimateurs restent les responsables durant la totalité du parcours de soins qu'ils décident avec leur patient.**

Leurs plus proches collaborateurs, les IADEs, les accompagnent chaque jour dans cette mission. La demande de reconnaissance pour leur profession ne peut qu'être ici soutenue à la hauteur de la contribution qu'ils apportent.

ACTIVITÉS SYNDICALES

Service d'Anesthésie Réanimation
Hôpital Laennec - CHU de Nantes
44093 Nantes Cedex 1
Tél. 02 40 16 51 47
Tél. 06 86 87 62 76
✉ yves.rebufat@snphar.fr

Service d'Anesthésie Réanimation
CHU de Dijon
14 rue Gaffarel
21079 Dijon Cedex
Tél. 06 81 58 27 95
Tél. 03 80 29 30 31 poste 16 428
✉ nathalie.cros-terraux@snphar.fr

Service d'Anesthésie Réanimation
CHU d'Amiens – Centre St Victor
354 Bd de Beauvillé
80000 Amiens
Tél. 06 33 63 20 62
Tél. 03 22 82 40 00
✉ veronique.agaesse@snphar.fr

www.snphar.com

QUELLE PLACE POUR L'INFIRMIER ANESTHÉSISTE DANS LA MÉDECINE D'URGENCE DE DEMAIN ?

WHAT PLACE TOMORROW FOR NURSE ANESTHETIST IN EMERGENCY MEDICINE?

F. BRAUN · P.Y. GUEUGNIAUD · D. PATERON · B. RIOU

© SFMU et Lavoisier SAS 2015

Le Syndicat national des infirmiers anesthésistes (SNIA) a récemment publié un document intitulé « Place de l'infirmier anesthésiste en Service mobile d'urgence et réanimation : perspectives d'avenir » [1]. Cet éditorial aborde le problème un peu plus large de la place des infirmiers anesthésistes diplômés d'Etat (IADE) au sein de la médecine d'urgence.

Il convient d'abord de s'étonner qu'une représentation syndicale d'une spécialité, fût-elle limitée à son personnel paramédical, s'immisce ainsi dans ce que doit être ou faire une autre spécialité et cela dans le domaine propre, le « cœur de métier », de celle-ci. Cet étonnement s'atténue si on considère le lien historique fort entre l'anesthésie-réanimation et les activités préhospitalières de la médecine d'urgence, Samu et Smur. En effet, cette activité a été créée par des anesthésistes-réanimateurs, ce qui a amené logiquement ceux-ci à travailler avec des IADE qu'ils côtoyaient quotidiennement. La médecine d'urgence intègre avec reconnaissance ce pan entier de son histoire. Mais ce temps historique est déjà révolu, comme le montre l'absence quasi totale des internes d'anesthésie-réanimation dans la filière de formation du diplôme d'études spécialisées complémentaires (DESC) de médecine d'urgence [2]. La création du DES de médecine d'urgence le 13 novembre 2015, officialisant la reconnaissance de la médecine d'urgence en France comme spécialité à part entière [3], tourne la page de fin d'une histoire glorieuse mais passée et ouvre une nouvelle ère. Par ailleurs, au-delà de l'ingérence dans l'organisation d'une spécialité, on pourrait également souligner la discorde que suppose une telle prise de position sans concertation préalable avec les instances nationales qui, aujourd'hui, organisent la vie de cette

nouvelle spécialité, instances qui cosignent cet éditorial. Néanmoins, toute question posée mérite probablement une réponse et nous souhaitons apporter celle de la médecine d'urgence.

Ce qu'est la médecine d'urgence (et ce qu'elle n'est pas) a fait l'objet du référentiel métier publié en 2012 dans les Annales françaises de médecine d'urgence [3]. La médecine d'urgence comprend à la fois un exercice préhospitalier (Samu, Smur) et un exercice hospitalier (service des urgences [SU], unité d'hospitalisation de courte durée [UHCD]). Les médecins urgentistes sont formés à l'ensemble de ces activités et, pour la plupart d'entre eux, les exercent dans le cadre de cette polyvalence. Il apparaît pour le moins problématique d'envisager le Smur de manière indépendante des autres activités de la médecine d'urgence. Les urgentistes, comme beaucoup d'autres spécialités, sont assistés dans leurs missions par des infirmiers, que ce soit en intrahospitalier ou en préhospitalier : la polyvalence requise pour les médecins doit donc aussi être la règle pour les équipes paramédicales des structures de médecine d'urgence. Les IADE, puisqu'ils ont été IDE, sont les bienvenus dans les structures de médecine d'urgence sous réserve d'accepter cette polyvalence indispensable à la bonne marche de nos services. Cet accueil bienveillant de notre spécialité existe d'ailleurs également au niveau médical, en particulier avec les médecins spécialistes de médecine générale qui participent, notamment, à la régulation de la permanence des soins au sein des Samu-Centre 15. L'IADE a bénéficié d'une formation spécifique, adaptée à l'anesthésie au bloc opératoire et adaptée à une partie de la pratique de médecine d'urgence en Smur. En revanche, cette formation n'est pas adaptée à la pratique globale de la médecine d'urgence, notamment dans son exercice hospitalier (pas de formation au triage infirmier d'organisation de l'accueil [IOA]), pas de formation à la psychiatrie, pas de formation à la traumatologie courante [5]. Dans le cadre de la polyvalence de l'exercice de la médecine d'urgence, l'IADE devrait donc bénéficier d'une formation complémentaire, en particulier sur le triage IOA, formation indispensable pour les IDE des urgences. Loin de nous l'idée de vouloir suggérer qu'une telle formation doive faire partie de la formation IADE, puisque cette formation est destinée à former des professionnels de l'anesthésie au bloc opératoire, domaine dans lequel les urgentistes n'ont aucune légitimité à discourir. À l'opposé, il nous paraît nécessaire de revoir la nécessité, inscrite dans les textes réglementaires actuels, d'inclure un stage obligatoire en Smur dans la formation

F. Braun
Président de SAMU et urgence de France

P.Y. Gueugniaud
Président de la Société française de médecine d'urgence

D. Pateron
Président du Collège national de médecine d'urgence

B. Riou (✉)
Président de la Collégiale nationale des universitaires de médecine d'urgence
e-mail : bruno.riou@aphp.fr

Service d'accueil des urgences,
GH Pitié-Salpêtrière-Charles Foix,
Assistance Publique Hôpitaux de Paris,
47-83 boulevard de l'Hôpital, F-75651 Paris cedex 13

ACTIVITÉS SYNDICALES

ACTIVITÉS SYNDICALES

des IADE pour plusieurs raisons : 1) cette formation n'a plus la justification historique aujourd'hui révolue ; 2) il paraît maintenant curieux d'inscrire dans une formation liée à l'anesthésie un stage effectué dans une autre spécialité, tout du moins de manière obligatoire alors qu'il n'y aurait pas d'inconvénient à l'inscrire de manière optionnelle ; 3) la réalisation de ces stages risque rapidement de poser un problème de réalisation, les urgentistes devant clairement privilégier leurs propres étudiants (externes, internes, étudiants infirmiers), et les places disponibles dans les ambulances n'étant pas extensibles. Il serait évidemment regrettable que les maquettes de formation des IADE soient dans l'avenir impossible à compléter du fait d'une difficulté d'accès à des stages qui ne relèvent plus de cette spécialité.

L'IADE a bénéficié d'une formation adaptée à l'anesthésie, or aucune anesthésie n'est pratiquée en préhospitalier comme cela a été souligné par les récentes conférences d'experts communes de la SFMU et de la SFAR [5]. Il n'y a donc pas de raison d'évoquer la présence d'un IADE en Smur, a fortiori d'évoquer l'exclusivité de cette présence. Dans l'ensemble de l'activité médicale en Smur, il n'y en a aucune qui relève de celles pour lesquelles ces personnels ont été formés, et il n'y en a aucune pour laquelle il y a une ébauche de démonstration d'une supériorité de l'IADE sur l'IDE pour assister un médecin urgentiste.

Nous sommes formellement opposés à l'envoi d'un « équivalent Smur » non médicalisé en intervention primaire, quel que soit le niveau de formation (IDE ou IADE) de celui-ci. En effet, cet engagement ne garantit pas aux patients un accès à des justes soins de qualité, particulièrement parce que le diagnostic médical est en Smur, donc en situation d'urgence, un élément préalable essentiel à la prise en charge. C'est le garant de l'orientation et de soins adaptés au patient, qui contribue à limiter les pertes de chance dans une situation à risques liée au caractère urgent de l'intervention.

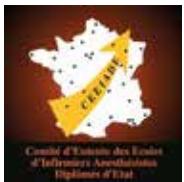
La seule activité pour laquelle un IADE pourrait apporter potentiellement une plus-value, est celle des transports infirmiers interhospitaliers (T2IH). Ces T2IH semblent

effectivement une innovation intéressante et sûre. En l'absence de médecins, il est vrai que l'IADE a reçu une formation mieux adaptée à la surveillance d'un patient ventilé et au contrôle des voies aériennes nécessaire en cas d'extubation éventuelle. Toutefois, il convient de souligner que ces T2IH, effectués dans quelques centres à titre d'expérimentation, nécessitent, avant de pouvoir être étendus, d'une part une définition de tarification appropriée et d'autre part, une sécurisation juridique aujourd'hui absente (qui va devant le juge ?). Les aspects de responsabilité médico-judiciaire n'ont jamais été éclaircis de façon satisfaisante, engageant donc potentiellement la responsabilité des médecins et des institutions qui les pratiquent, ainsi que des infirmiers qui les assurent. Précisons que ce problème de responsabilité médico-judiciaire touche aujourd'hui toutes les pratiques infirmières avancées, en dehors des protocoles de coopération autorisés par la Haute Autorité de Santé (HAS) et les Agences Régionales de Santé (ARS). Par ailleurs, on constate l'absence d'IADE dans de nombreuses salles de surveillance post-interventionnelle (SSPI) et dans la quasi-totalité des réanimations, démontrant ainsi que des IDE sont également susceptibles de surveiller un patient réanimatoire stabilisé. En pratique, l'hypothèse des T2IH sous la responsabilité d'un IADE reste ouverte mais n'est pas non plus une évidence absolue et des alternatives peuvent être envisagées.

Le niveau master obtenu récemment par les IADE pourrait laisser envisager une évolution de ce métier vers une prise de responsabilité clinique plus importante. La médecine d'urgence n'a aucune légitimité pour se prononcer sur l'anesthésie, c'est à l'anesthésie-réanimation de le faire. En revanche, pour les situations rencontrées en médecine d'urgence, où l'aspect diagnostique est essentiel, avec un risque vital omniprésent, nous n'envisageons clairement pas la création d'infirmiers agissant en l'absence de médecin présent, ni n'envisageons des pratiques avancées en Smur primaire.

Références

1. Syndicat National des Infirmiers Anesthésistes (Sニア) (2014) Place de l'infirmier anesthésiste en Service mobile d'urgence et réanimation : perspectives d'avenir.
http://www.snia.net/uploads/7/7/8/5/7785148/snia_support_smur_bd_pages.pdf (Dernier accès le 11 décembre 2015)
2. Riou B, Carli P, Carpentier F, et al (2014) Combien formons-nous d'urgentistes en France ? Ann Fr Med Urg 4:1-3
3. République Française (2015) Arrêté du 13 novembre 2015 fixant la liste des diplômes d'études spécialisées de médecine. JORF n°0281 du 4 décembre 2015.
<http://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2015/11/13/MENS1525635A/jo/texte> (Dernier accès le 5 décembre 2015)
4. Nemitz B, Carli P, Carpentier F, et al (2012) Référentiel métiercompétences pour la spécialité de médecine d'urgence. Ann Fr Med Urg 2:125-38
5. Vivien B, Adnet F, Boune V, et al (2010) Recommandations formalisées d'experts 2010 : sédation et analgésie en structure d'urgence (réactualisation de la conférence d'experts de la SFAR de 1999). Ann Fr Med Urg 1:57-71
http://www.sfmu.org/upload/consensus/rfe_sedation_analgesie_2010.pdf (Dernier accès le 5 décembre 2015)



LES INFIRMIER(E)S ANESTHÉSISTES DIPLOMÉ(E)S D'ÉTAT SONT AUSSI SPÉCIALISÉ(E)S EN MÉDECINE D'URGENCE !

Notre profession vient de prendre connaissance de l'éditorial des Annales Françaises de Médecine d'Urgence¹ parues en cette fin décembre, cosigné par les représentants médicaux de la spécialité, intitulé : "Place de l'infirmier anesthésiste dans la médecine d'urgence de demain ?".

C'est une question posée par les auteurs pour apporter une réponse cinglante à une publication de notre syndicat professionnel traitant de la place de l'infirmier(e)-anesthésiste diplômé(e) d'Etat (IADE) en Service Mobile d'Urgence et de Réanimation (SMUR)².

Par ailleurs, notre syndicat professionnel avait protesté³ lors de la publication récente du « livre blanc » de l'association « Samu-Urgence de France »⁴ qui occultait tout rôle paramédical dans l'organisation de l'urgence hospitalière française.

Nous sommes (pour le moins) surpris par le manque de respect dont font preuve les auteurs et les entités qu'ils incarnent, feignant de nier une partie de nos compétences et de notre identité professionnelle.

Notre profession ferait ingérence dans une spécialité étrangère à son cœur de métier.

Nous nous réjouissions de la création récente du diplôme d'étude spécialisées complémentaires de médecine d'urgence, nous n'imaginions pas que cela fusse synonyme d'une éviction de notre profession de par sa dénomination !

Les IADE ne sont pas étrangers à la médecine d'urgence, c'est historiquement une de leurs spécialités. Comme souligné dans l'éditorial, les IADE sont présents depuis la création des SAMU aux cotés des médecins anesthésistes puis urgentistes.

Nous sommes les représentants d'une profession paramédicale spécialisée, formée à la prise en charge des urgences pré-hospitalières, qui expriment un point de vue argumenté sur la plus value évidente des infirmiers anesthésistes dans l'exercice pré-hospitalier.

En consultant les textes officiels qui fondent notre cœur de métier, les auteurs auraient pu y lire sa définition officielle : "L'infirmier anesthésiste diplômé d'Etat réalise des soins spécifiques et des gestes techniques dans les domaines de l'anesthésie-réanimation, de la médecine d'urgence et de la prise en charge de la douleur."⁵

Nous affirmons que la formation conduisant au diplômé d'état d'Infirmier Anesthésiste est aussi destinée à former des professionnels de l'urgence pré-hospitalière ; afin qu'ils puissent la pratiquer prioritairement conformément aux textes réglementaires⁶.

Cela a été réaffirmé en 2012 dans les référentiels de compétences, d'activités et de formation annexés à l'arrêté de formation conduisant au diplôme d'état d'infirmier anesthésiste.⁷

La formation IADE serait inadaptée, voire incomplète pour l'exercice en médecine d'urgence.

Les auteurs sous-estiment les apports dispensés en école d'IADE concernant le raisonnement clinique et les capacités réelles des IADE à évaluer un état de santé et ce, malgré des connaissances approfondies reconnues en pharmacologie, médecine générale, organisation des systèmes d'urgence, anesthésie réanimation et soins⁸.

1. "Qu'elle place pour l'infirmier anesthésiste dans la médecine d'urgence de demain ?" F. Braun · P.Y. Gueugniaud · D. Pateron · B. Riou Ann. Fr. Med. Urgence - SFMU et Lavoisier SAS 2015. <http://www.sfmu.org/fr/publications/revue-les-annales-de-medecine-d-urgence>
2. "Place de l'infirmier en service mobile d'urgence et de réanimation, perspectives d'avenir", B.Huet SNIA 2014 http://www.snia.net/uploads/7/7/8/5/7785148/snia_support_smur_bd_pages.pdf
3. Lettre Ouverte à « Samu-Urgences de France » SNIA 4 Novembre 2015 http://www.snia.net/uploads/7/7/8/5/7785148/snia_reponse_samu_041115.pdf
4. Livre blanc : Organisation de la médecine d'urgence en France, Les propositions de Samu-Urgences de France, 2015 <http://www.samu-de-france.fr/documents/actus/129/821/livre-blanc-sudf-151015.pdf>
5. Annexe III de l'arrêté du 23 juillet 2012, Référentiel d'activité infirmier anesthésiste, Définition du métier.
6. Article R4311-12 et Article R4311-10, 9^e a) et b) du Code de la Santé Publique « Les transports sanitaires mentionnés à l'article R. 4311-10 sont réalisés en priorité par l'infirmier ou l'infirmière anesthésiste diplômé d'Etat».
7. Arrêté du 23 juillet 2012 relatif à la formation conduisant au diplôme d'état d'infirmier anesthésiste NOR:AFSH1229694A http://www.snia.net/uploads/7/7/8/5/7785148/arrete_deFormation_iade_2012_et_referentiels_annexes.pdf
8. Répertoire des métiers de la santé et de l'autonomie – Fonction publique hospitalière, Ministère de la Santé <http://www.metiers-fonctionpubliquehospitaliere.sante.gouv.fr/spip.php?page=fiche-metier&idmet=4>

Les apports théoriques et techniques sont adaptés voire consacrés à l'activité extra-hospitalière, avec notamment une unité d'enseignement (UE) dédiée à la prise en charge des urgences pré-hospitalières⁹ où l'on peut retrouver entre autres "l'anesthésie avec un médecin non spécialisé" et "la réalisation d'un bilan lésionnel et fonctionnel d'une victime."

- Les spécificités et conduites à tenir liées aux pathologies des patients (« terrains ») sont délivrées dans les UE dédiées à l'anesthésie.
- Les grandes défaillances en situation d'urgence et « grands syndromes » sont abordés : Traumatiques, cardio-circulatoires, respiratoires, neurologiques et métaboliques, brûlés, urgences pédiatriques et obstétricales, ...
- Les connaissances nécessaires en « pharmacologie spécifique à l'anesthésie, la réanimation et l'urgence »¹⁰ sont dispensées.

Refuser de prendre en compte une formation de niveau master comme une plus-value dans la prise en charge des patients c'est remettre en question toute formation diplômante et universitaire.

Les IADE n'auraient pas reçu de formation en soins généraux : psychiatrie, traumatologie...

Avant de devenir IADE, nous avons été Infirmiers de soins généraux et très souvent issus des services d'urgences et de réanimation. Nous avons bénéficié de la même formation initiale et continue (processus psychopathologiques, traumatiques, soins d'urgence...)¹¹ que nos collègues avec une expérience professionnelle dont ne bénéficient pas les recrutements sortant des Instituts de formation.

La présence des IADE en SMUR ne serait plus justifiée du fait des effectifs déclinants de médecins anesthésistes dans cette activité.

Le positionnement en SMUR de notre profession ne doit pas dépendre de l'effectif des médecins anesthésistes au sein des structures d'urgence. Notre pratique pré-hospitalière, notre destinée n'est pas scellée aux orientations médicales de la spécialité d'anesthésie. Malheureusement ce « raccourci » est pris par certains décideurs, faisant disparaître IADE des équipages souvent au prétexte de restructurations et raisons budgétaires au détriment de la qualité des soins.

Ce constat de disqualification de notre profession et de déqualification rampante de l'urgence préhospitalière a motivé depuis plusieurs années la volonté de la profession de promouvoir son rôle en SMUR.

Cette mise au point sur la définition de notre profession, l'affirmation de notre place et de notre formation de spécialité s'opposent aux principaux arguments distillés tout au long de l'éditorial.

Les IADE revendiqueraient leur place en SMUR en refusant l'exercice polyvalent en médecine d'urgence intra hospitalière et risqueraient de désorganiser les services.

Concernant l'exemple avancé sur la polyvalence des médecins urgentistes, cette règle n'est pas absolue car de nombreux médecins de SAMU et SMUR n'exercent pas au service d'accueil des urgences (SAU).

En SAU il existe déjà des IADE en exercice complet ou mixte affectés aux salles de déchoquages et soins aigus. De par leur spécialité ils n'intègrent pas le roulement infirmier mais un roulement spécifique et exercent souvent un rôle de référent ou formateur (CESU). Cet exercice IADE est également répandu dans les unités de réanimations chirurgicales et centres d'accueil des patients traumatisés sévères.

La polyvalence peut être une solution dans les services à faible activité mais ne doit pas être une position dogmatique car, il y a aussi le risque d'une maîtrise superficielle des différents domaines d'activités.

La maquette de formation IADE avec son stage obligatoire au SAMU ne serait plus réalisable (souhaitable...) ?

Qui fait de l'ingérence dans la formation d'une profession existant depuis plus de 60 ans ?

Une profession d'autant plus confortée récemment dans son rôle par une réingénierie de sa formation (2012)¹² et qui a obtenu la reconnaissance de son diplôme d'état au grade de Master II¹³ après évaluation des instances de l'enseignement supérieur (2014)¹⁴.

Il n'y a jamais eu de problème pour accueillir les stagiaires IADE en dehors d'une volonté de les exclure. Une situation locale ne doit pas être prise comme illustration d'un problème national. Nous percevons dans cet écrit une menace proférée envers toute la filière IADE.

9. Unité d'Enseignement 4 sous-UE 4.1, 4.2 4.3 Référentiel de formation IADE, annexe III de l'arrêté du 23 janvier 2012 (Voir Référence n°7 Pages 89 (61)).

10. Sous-UE 2-4 du référentiel de formation (lien référence n°7).

11. Arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier – Annexe III.
http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/arrete_du_31_juillet_2009_annexe_3.pdf

12. Voir référence n°7 Arrêté du 23 juillet 2012

13. Décret 2014-1511 du 15 décembre 2014 relatif aux diplômes de santé conférant le grade master
http://www.legifrance.gouv.fr/jo_pdf.do?numJO=0&dateJO=20141217&numTexte=15&pageDebut=21148&pageFin=21148

14. « Évaluation de la formation conduisant au diplôme d'Etat d'infirmier anesthésiste, en vue de la délivrance du grade de master » Agence d'évaluation et de la recherche et de l'enseignement supérieur (AERES) – 2012.
<http://www.aeres-evaluation.fr/content/download/18660/280094/file/1-AERES-S3-IADE.pdf>

Aucune anesthésie ne serait pratiquée en pré-hospitalier.

Les différences sémantiques entre sédation-analgésie et anesthésie, ne convaincront personne.

Les techniques, les procédures, la pharmacopée sont identiques. Ces aspects, associés à la gestion de la douleur, sont maîtrisées par les infirmiers-anesthésistes. C'est d'ailleurs ce qui en fait quotidiennement des adjoints de choix aux côtés des médecins urgentistes qui savent compter sur leur technicité, leur raisonnement clinique et la maîtrise des procédures de « sédato-analgésie » et de réanimation adaptées à tous les types de patients.

Il est même souligné dans le document cité en référence que « parfois une anesthésie doit être réalisée sur le bord de la route et que l'urgentiste doit se former à ces techniques au bloc dans les services d'anesthésies. » contredisant en partie une démonstration se voulant péremptoire.

Les représentants médicaux de la médecine d'urgence s'opposent formellement à une réponse graduée à l'urgence où la paramédicalisation des secours aurait un rôle à jouer.

La paramédicalisation du secours à personne est une réalité d'aujourd'hui, non officiellement dans plusieurs SAMU, officiellement pour d'autres ; mais surtout par l'utilisation des Véhicules Légers Infirmiers des Sapeurs-pompiers dont une grande partie des interventions est aussi réalisée à la demande des SAMU.

C'est aussi et surtout un choix supplémentaire, une réponse graduée à l'urgence pour le médecin régulateur qui doit actuellement décider d'envoyer soit une équipe médicale constituée soit un équipage secouriste...

Quant à l'aspect tarifaire, le « livre blanc » de l'organisation Samu-Urgences de France¹⁵ souligne que le nombre d'urgences absolues n'est pas en augmentation et qu'un grand nombre d'interventions SMUR sont des « levées de doutes » liées à l'indisponibilité de la permanence des soins. Sachant que les interventions sont régulées médicalement, l'envoi de vecteurs paramédicaux intermédiaires - avec renfort médical secondaire déclencheable - permettrait de mettre en adéquation le coût et le rapport bénéfice / risque d'une partie des interventions du SMUR.

Afin de garantir une sécurité optimum des intervenants, nous proposons, pour certains types d'interventions, une réponse adaptée à l'urgence avec un personnel spécialisé, garant d'un haut niveau de prise en charge.

Les conclusions des travaux des Docteurs Pineau et Jannière¹⁶ concernant le rôle des IADE en situation de catastrophe prennent tout leur sens concernant les événements tragiques du mois de novembre 2015. Le retour d'expérience nous apprend qu'un certain nombre d'urgences absolues et relatives ont été prises en charge par des IADE seul(e)s en extra-hospitalier et que nos qualifications ont été activement recherchées.

Les Transports infirmiers inter-hospitaliers (T2IH)

Les T2IH ont été actés de façon réglementaire et se généralisent. Nous ne contestons pas la capacité de nos collègues infirmiers en soins généraux à surveiller un patient intubé, ventilé et « sédaté » en réanimation ou Salle de Surveillance Post-Interventionnelles. La grande différence repose sur la capacité de la gestion en autonomie de cette sédation et des gestes nécessaires qui restent de la pratique courante de l'IADE lors de ses prises en charge. Lors des T2IH le renfort médical n'est pas comparable à celui d'un service de réanimation. Même si ces activités semblent dédiées aux compétences IADE elles ne doivent pas être les seules retenues.

En conscience, sur le fond et sur la forme, le choix de publier cet article dans une revue largement diffusée, « orientée en priorité sur l'expression scientifique médicale », ne pose t-il pas un problème à ses auteurs ?

Comment conclure à l'obsolescence des infirmier(e)s-anesthésistes dans la médecine d'urgence de demain quand on sait tout ce qu'ils/elles continuent d'y apporter quotidiennement en expertise auprès des patients, aux côtés des médecins urgentistes, infirmier(e)s et ambulancier(e)s diplômé(e)s d'état ?

C'est la synergie des compétences qui est garante de l'efficience de l'ensemble du système, avec comme unique objectif, l'intérêt supérieur des patients au-delà de tout autre.

N'en déplaise à certains médecins urgentistes : nous sommes les infirmier(e)s spécialisé(e)s de leur spécialité médicale et sommes d'ailleurs prêts à renforcer les liens existants et à recréer ceux qui se sont apparemment distendus au fil de l'histoire de l'urgence pré-hospitalière française.

Paris le 5 Janvier 2015,

Pour le conseil national du Sニア Jean-Marc SERRAT (Président)
Syndicat National des Infirmier(e)s-Anesthésistes <http://www.snia.net>

Pour le Bureau du CEEIADE Jean-Pierre ANTHONY (Président)
Comité d'Entente des Ecoles d'Infirmier(e)s-Anesthésistes Diplômé(e)s d'Etat <http://www.ceeiaude.fr>

Pour le conseil d'administration de l'ANEIA Gérald DELARUE (Président)
Association Nationale des Etudiants Infirmiers-Anesthésistes <http://www.aneia.fr/>

¹⁵. Livre blanc : Organisation de la médecine d'urgence en France, Les propositions de Samu-Urgences de France, 2015.

¹⁶. « Infirmiers Anesthésistes dans les situations de catastrophe » D.Janniere , C.Pineau Samu 75 – Journées d'enseignement postuniversitaires 2000.

ACTIVITÉS SYNDICALES

IFNA C/O SIGA/FSIA
 Bahnhofstrasse 7b
 6210 Sursee
 Switzerland
p.rod@ifna.site



Mme Marisol TOURAIN

Ministère des Affaires Sociales et de la Santé
 14 Avenue Duquesne
 75350, PARIS SP 07

3 janvier 2016,

Madame la Ministre,

La Fédération Internationale des Infirmiers Anesthésistes (IFNA) est la voix reconnue des infirmiers anesthésistes dans le monde auprès de nombreuses instances officielles.

Les infirmiers anesthésistes sont depuis toujours et partout dans le monde des acteurs centraux des services d'anesthésie délivrés à la population. Leur rôle et contribution qualifiés et de qualité ont été reconnus bien avant la spécialisation médicale et ont perduré depuis. Cette spécialité infirmière est pionnière dans ce qui est maintenant reconnue comme la pratique avancée et a servi d'exemple pour le développement des pratiques intermédiaires au delà de la seule délégation d'actes médicaux. Le degré d'autonomie varie en fonction des législations nationales, régionales et locales mais est toujours basé sur des compétences avancées acquises par une formation reconnue de niveau supérieur au-delà de la pratique infirmière de soins généraux. L'OMS pour mettre en place la résolution A 68/31 adoptée à la dernière assemblée, sur la sécurité en chirurgie et anesthésie s'appuie d'ailleurs sur ces professionnels de santé, comme l'a confirmé la dernière réunion du GIEESC, consciente que l'anesthésie ne peut pas reposer que sur les seuls médecins anesthésistes.

La formation et les compétences des infirmiers anesthésistes français sont reconnues de qualité par leurs pairs et étaient un exemple au niveau européen. La formation au niveau master s'inscrit d'ailleurs dans la logique de l'Union Européenne de développement de professions intermédiaires de santé pour répondre aux besoins de la population.

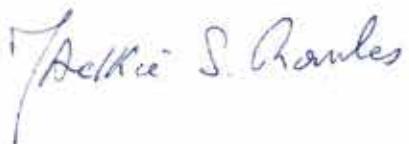


ACTIVITÉS SYNDICALES

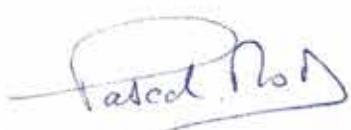
La France met en place à l'instar de nombreux pays développés la pratique avancée infirmière qui a déjà fait ses preuves dans le monde. Il paraît surprenant que les professionnels de santé ayant déjà cette pratique professionnelle ne soient pas associés à cette évolution. Il ne s'agit pas là de pratiques nouvelles, mais bien de reconnaissance d'une réalité pérenne. Les infirmiers anesthésistes, les infirmières sage-femme et maintenant les infirmières praticiennes sont en effet les modèles de références dans le monde, des pratiques avancées infirmières. La spécialité d'infirmier anesthésiste en France de par son ancienneté et ses compétences avancées reconnues s'inscrit tout naturellement dans cette dynamique.

Merci madame la Ministre de prendre en considération ces éléments afin d'intégrer à leur légitime niveau les infirmiers anesthésistes français.

Nous vous prions d'agréer madame la Ministre nos respectueuses salutations,



Jackie S. Rowles, MBA, CRNA, ANP-BC, FAAN
President



Pascal Rod
Executive Director





ACTIVITÉS SYNDICALES



Paris, le 05 janvier 2016

À

Madame Marisol TOURAINÉ
Ministre des Affaires Sociales et de la Santé
14 Avenue Duquesne
75350 PARIS SP07

Madame la Ministre,

Les représentants de la filière IADE participent, dans vos locaux, au groupe de travail sur notre exercice professionnel.

Au travers de la loi santé, vous venez de faire valider le concept de paramédicaux de pratique avancée.

Vous ne saurez ignorer les revendications de notre profession.

Notre combat dure depuis des années et il n'est pas utile de vous rappeler que vous nous souteniez en 2010.

La profession d'infirmier-anesthésiste est depuis longtemps très avancée dans l'autonomie quotidienne de ses pratiques. Et c'est peut-être même une des premières professions pour laquelle on parlait déjà d'une pratique avancée...

L'infirmier-anesthésiste a le profil d'une profession intermédiaire et pourtant, nous avons le sentiment que l'objectif du ministère est de lui maintenir la tête sous l'eau.

L'infirmier-anesthésiste n'est plus à la bonne place dans l'organigramme des professions de santé.

Un nouveau positionnement dans le Code de Santé Publique est nécessaire ainsi que la récupération d'un corps spécifique dans la fonction publique associé à un niveau de rémunération en adéquation avec la fonction, les compétences et les responsabilités de notre profession graduée Master.

La réflexion sur notre exercice professionnel doit se poursuivre en janvier en concertation maintenant avec le corps médical.

Madame la ministre, même si nous nous prêtons à ce genre de travaux, nous restons fidèles à nos revendications.

Nous irons jusqu'au terme des concertations avec la DGOS mais soyez assurée que cela n'est qu'une première étape dans notre processus revendicatif.

Toute la profession reste unie et déterminée.

Madame la ministre, la profession attend que vous vous engagiez, à l'issue de ces travaux, à apporter réparation de l'injustice infligée aux infirmiers-anesthésistes.

Au nom de la profession, je vous présente mes meilleurs vœux pour cette nouvelle année.

De notre côté, nous attendons beaucoup de 2016.

Veuillez agréer, madame la ministre, l'assurance de ma très haute considération.

Jean-Marc SERRAT
Président SNIA

157 rue Legendre 75017 PARIS

01 40 35 31 98

01 40 35 31 95

E-mail : snia75@snia.net

Site Internet : www.snia.net



ASSEMBLÉE
NATIONALE

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
LIBERTÉ - ÉGALITÉ - FRATERNITÉ

Gilles SAVARY
Député de la 9e circonscription de la Gironde

Ref : gr027/0116

A Langon, le 11 janvier 2015

Madame Marisol Touraine
Ministre des Affaires Sociales, de la
Santé et des Droits des Femmes
14, avenue Duquesne
75007 Paris

Madame la Ministre,

Je me permets d'attirer votre attention sur un problème que vous connaissez parfaitement pour avoir été particulièrement active et mobilisée sur le sujet, avec Michèle Delaunay, depuis 2010.

Les infirmiers anesthésistes diplômés d'Etat, dont vous avez accompagné la reconnaissance de leur diplôme d'Etat à un niveau Master, devenue effective en 2014, attendent qu'elle se concrétise par l'application à leur profession de l'article 30 de la loi de modernisation de notre système de santé, votée le 17 décembre dernier.

Leurs compétences et surtout l'exercice très particulier de ces compétences, qui les amènent à suivre un protocole anesthésique du début à la fin, en administrant des produits et en effectuant des actes sans la protection juridique de la prescription médicale, leur permet d'envisager d'être considérés comme « profession intermédiaire » à part entière, en application de l'article 30.

Je sais que vous y êtes d'autant plus ouverte personnellement que vous avez pris l'initiative de mettre en place au sein de votre Ministère, un groupe de travail qui vient de livrer ses conclusions.

Les IADE sont donc dans l'attente d'une modification de leur Décret de compétences, en application de l'article 30 de la nouvelle loi santé.

C'est l'objet du présent courrier que de le rappeler à votre attention personnelle.

Pour être tout à fait explicite, ils redoutent que les médecins, dont ils savent l'influence auprès des pouvoirs publics, n'y fassent obstacle pour des raisons qui me restent obscures.

Il me semble donc de mon devoir de vous relayer cette attente et la détermination que j'ai pu percevoir à son égard.

Vous remerciant par avance de l'attention que vous porterez à ce dossier, je vous prie de recevoir, Madame la Ministre, l'expression de ma haute considération.

Gilles Savary

Gilles Savary

Bureau à l'Assemblée Nationale
3 rue Aristide Briand 75 355 PARIS 07
Tél : 01 40 63 93 16 Fax : 01 40 63 93 31
gsavary@assemblee-nationale.fr

Permanence Parlementaire de la 9ième
84 cours du Général Leclerc 33210 LANGON
Tél : 05 57 98 51 94 Fax : 05 57 98 51 98
depute.savary@orange.fr

ACTIVITÉS SYNDICALES



ACTIVITÉS SYNDICALES

COMPTE RENDU DE L'AUDIENCE DES IADE PAR LA COMMISSION DES AFFAIRES SOCIALES DE L'ASSEMBLÉE NATIONALE DU 13 JANVIER 2016

Pour les parlementaires :

Catherine LEMORTON (Présidente de la commission des affaires sociales) **Christophe SIRUGUE** (responsable des députés socialistes de la commission des affaires sociales) **Gérard SEBAOUN** et **Jean Louis TOURAIN** (rapporteurs loi santé). **Marie Arlette CARLOTTI**, **Jean Patrick GILLES**, **Robert OLIVE**. Accompagnés d'**Alexandre TORTEL** (conseiller santé, groupe socialiste de l'assemblée nationale) et des **attachés parlementaires des députés concernés**.

Représentants IADE (par ordre alphabétique) : Pour la CGT : **Vincent PORTEOUS**, Pour FO : **Christian PRUD'HOMME**, Pour le SNTIA **Jean Marc SERRAT**.

Excusés et représentés par les représentants des 3 organisations ci-dessus : UNSA et l'ANEIA

Durée de la réunion : 1h10

- ✓ Nous avons tous les trois présenté le diaporama en PJ qui a servi de fil conducteur à nos échanges avec les parlementaires.
- ✓ Nous avons expliqué la naissance de notre profession en réaffirmant ses racines dans la filière infirmière mais également son exercice spécifique et avancé depuis toujours.
- ✓ Nous avons justifié son souhait de positionnement en profession paramédicale dite intermédiaire avec reconnaissance d'une réelle autonomie et non de simples transferts de coopération, d'une pratique avancée et d'une expertise en anesthésie-réanimation, urgences-secours pré hospitaliers et lutte contre la douleur. Nous avons précisé que notre souhait n'était en aucun cas une volonté d'indépendance.
- ✓ Il a été souligné l'inadaptation de notre positionnement actuel en particulier alors que la loi tout juste votée créée des infirmiers de pratique avancée.
- ✓ Tous les domaines d'activité de notre profession ont été abordés :
Les services de secours pré-hospitaliers et les services de lutte contre la douleur ont fait l'objet d'une alerte particulière.
- ✓ Une réponse argumentaire succincte a été apportée face aux différentes publications des MAR et des médecins urgentistes.
- ✓ L'autonomie effective des IADE sur le terrain a été soulignée et sa reconnaissance officielle exigée.
- ✓ L'argumentaire de MAR évoquant une simple conjoncture de pénurie provisoire d'effectifs médicaux a été contré point par point.
- ✓ La négation de la réponse graduée pour les secours hospitaliers et du rôle des IADE dans ce concept a été soulignée.
- ✓ La mise en œuvre déjà effective de TIIH a été rappelée et la médicalisation fréquente d'équipes SMUR par des internes en formation intervenant en sorties secondaires comme primaires a été dénoncée.
- ✓ L'annonce d'un mouvement dur si satisfaction ne nous était pas donnée a été faite... le terme de « cocotte-minute sociale » dans certaines régions a été avancé.

- ✓ Nous avons souligné et dénoncé le choix du Ministère de sélectionner et d'imposer certaines organisations médicales pour participer aux concertations ainsi que son investissement partisan dans les débats.
- ✓ Nous avons souligné qu'ils (les parlementaires) n'avaient pas pris la mesure des conséquences de l'attitude de la DGOS (et du cabinet ministériel) comme du fait que les décrets à venir d'inspiration sans nul doute médico-centrée pourraient dénaturer l'esprit de l'article 30 tel qu'ils l'avaient porté.
- ✓ Nous avons rappelé le soutien appuyé des députés de la majorité à la cause des IADE en 2010... quand ils étaient dans l'opposition.

De leur côté les parlementaires ont :

- ✓ Souligné leur compréhension du dossier qu'ils ont qualifié de solide techniquement et de convaincant sur les demandes.
- ✓ Ils ont tenu à souligner la qualité du relationnel qui s'est établi dans leur circonscription entre certains IADE et eux-mêmes.
- ✓ Ils ont souligné la problématique budgétaire ce sur quoi nous avons répondu que nos propositions étaient vertueuses pour les finances publiques.
- ✓ Ils ont souligné l'opposition à nos revendications qui leur serait remontée de part certains représentants de la filière infirmière et médicale.
- ✓ Suite à l'intervention d'un député, ils ont insisté sur le caractère extrêmement contre-productif du harcèlement numérique qu'ils subissent. Ils ont rapporté que certains députés initialement sensibles à notre cause s'étaient braqués et rejettait dorénavant tout échange ou message concernant ou lié aux IADE.
- ✓ Nous ont affirmé que la concertation avec la DGOS et les médecins devrait se tenir rapidement.

Au final :

- ✓ Il a été convenu que nous resterions en lien étroit jusqu'à résolution du conflit.
- ✓ Qu'ils débattront de notre dossier à la prochaine réunion plénière de la commission des affaires sociales qui se tiendra le mardi 19 janvier.
- ✓ Qu'ils décideraient alors du mode d'interpellation et du contenu sur le fond et la forme du message qui serait adressé à Mme la Ministre de la Santé.

De notre côté :

Nous allons relancer le ministère pour que soit reprogrammée et consolidée avant fin janvier une date de rencontre avec les organisations médicales, faute de quoi une journée d'action nationale sera programmée par les organisations syndicales au plus tôt.

ACTIVITÉS SYNDICALES



A Madame Marisol TOURAINÉ
 Ministre des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des Femmes
 14, avenue Duquesne 75350 PARIS 07 SP

Paris, le 19 janvier 2016

Madame La Ministre,

Après une forte mobilisation le 1^{er} octobre dernier, portant les revendications d'une profession qui réclame la juste reconnaissance de son exercice professionnel au quotidien, les Infirmiers Anesthésistes ont aujourd'hui le sentiment de se faire endormir.

Cette reconnaissance passe par l'officialisation de ses niveaux d'autonomie et d'expertise qui garantissent la teneur et la qualité de l'offre de soins en anesthésie-réanimation, urgences, secours pré hospitaliers et gestion de la douleur des établissements de santé publics et privés.

Nos organisations ont accepté la demande de mise en place d'un groupe de travail ayant pour but d'asseoir l'exercice professionnel actuel des IADE, tout en mettant en avant les possibilités d'évolutions.

Un calendrier a été accepté par l'intersyndicale ayant initié le mouvement, ce qui a mis en suspens l'action, au moins le temps du processus qui incluait la rencontre prévue avec certains représentants médicaux.

La date initialement prévue le 7 janvier 2016 devait nous être confirmée la dernière semaine de décembre, or à ce jour et suite à son annulation, nous sommes toujours sans nouvelle de la DGOS.

Ne pouvant penser qu'il s'agit d'une manœuvre délibérée d'une DGOS sous la pression d'un lobbying puissant, nous nous permettons de vous réclamer la fixation d'une date de réunion avant la fin du mois de janvier, faute de quoi, nous ne pourrions qu'annoncer aux infirmiers anesthésistes l'échec de ces travaux et envisager rapidement une nouvelle et forte mobilisation de l'ensemble de la profession.

Dans l'attente de votre réponse et de l'attention que vous voudrez bien porter au mouvement des infirmiers anesthésistes, nous vous prions de croire, Madame La Ministre, en notre très haute considération.

Denis Basset
 Secrétaire Fédéral

Jean-Marc Serrat
 Président

Mireille Stivala
 Secrétaire Générale

QUESTIONS POSÉES AU GOUVERNEMENT CONCERNANT LA SITUATION DES IADE

Question écrite N° : 90806 De Mme Valérie Fourneyron (Socialiste, républicain et citoyen - Seine-Maritime)

Rubrique > professions de santé > infirmiers anesthésistes > formation. Diplômes.

Question publiée au JO le : 03/11/2015

Question écrite N° : 90807 De Mme Sophie Dessus (Socialiste, républicain et citoyen - Corrèze)

Rubrique > professions de santé > infirmiers anesthésistes > formation. Diplômes.

Question publiée au JO le : 03/11/2015

Question écrite N° : 91490 De M. Éric Alauzet (Écologiste - Doubs)

Rubrique > professions de santé > infirmiers anesthésistes > formation. Diplômes.

Question publiée au JO le : 01/12/2015

Question écrite N° : 91491 De M. Marc Dolez (Gauche démocrate et républicaine - Nord)

Rubrique > professions de santé > infirmiers anesthésistes > formation. Diplômes.

Question publiée au JO le : 01/12/2015

Question écrite N° : 91492 De M. Rudy Salles (Union des démocrates et indépendants - Alpes-Maritimes)

Rubrique > professions de santé > infirmiers anesthésistes > formation. Diplômes.

Question publiée au JO le : 01/12/2015

Question écrite N° : 91707 De M. Charles-Ange Ginesy (Les Républicains - Alpes-Maritimes)

Rubrique > professions de santé > infirmiers anesthésistes > formation. Diplômes.

Question publiée au JO le : 08/12/2015

Question écrite N° : 92137 De M. Yves Foulon (Les Républicains - Gironde)

Rubrique > professions de santé > infirmiers anesthésistes > formation. Diplômes.

Question publiée au JO le : 22/12/2015

Question écrite N° : 92138 De M. Martial Saddier (Les Républicains - Haute-Savoie)

Rubrique > professions de santé > infirmiers anesthésistes > formation. Diplômes.

Question publiée au JO le : 22/12/2015

Question écrite N° : 92139 De Mme Virginie Duby-Muller (Les Républicains - Haute-Savoie)

Rubrique > professions de santé > infirmiers anesthésistes > formation. Diplômes.

Question publiée au JO le : 22/12/2015

Question écrite N° : 92140 De Mme Marie Récalde (Socialiste, républicain et citoyen - Gironde)

Rubrique > professions de santé > infirmiers anesthésistes > formation. Diplômes.

Question publiée au JO le : 22/12/2015

Question écrite N° 19480 de M. Jean-Claude Frécon (Loire - Socialiste et républicain)

Question publiée dans le JO Sénat du 24/12/2015 - page 3519

Question écrite N° : 92275 De M. Jean-Paul Bacquet (Socialiste, républicain et citoyen - Puy-De-Dôme)

Rubrique > professions de santé > infirmiers anesthésistes > formation. Diplômes.

Question publiée au JO le : 29/12/2015

Question écrite N° : 92276 De Mme Michèle Delaunay (Socialiste, républicain et citoyen - Gironde)

Rubrique > professions de santé > infirmiers anesthésistes > formation. Diplômes.

Question publiée au JO le : 29/12/2015

Question écrite N° : 92384 De M. Laurent Degallaix (Union des démocrates et indépendants - Nord)

Rubrique > professions de santé > infirmiers anesthésistes > formation. Diplômes.

Question publiée au JO le : 12/01/2016

Question écrite N° : 92385 De Mme Conchita Lacuey (Socialiste, républicain et citoyen - Gironde)

Rubrique > professions de santé > infirmiers anesthésistes > formation. Diplômes.

Question publiée au JO le : 12/01/2016

Question écrite n° 19723 de M. Jean-Claude Leroy (Pas-de-Calais - Socialiste et républicain)

Question publiée dans le JO Sénat du 21/01/2016 - page 179

Question écrite n° 19681 de M. Hubert Falco (Var - Les Républicains)

Question publiée dans le JO Sénat du 21/01/2016 - page 178

ACTIVITÉS SYNDICALES

ACTIVITÉS SYNDICALES

LE POINT SUR L'AIAS

L'AIAS est une association loi 1901 qui propose aux acteurs du paramédical, du social et aux sages-femmes des assurances professionnelles.

Ce n'est pas une compagnie d'assurances en tant que telle, elle nous sert d'intermédiaire en tant qu'interlocuteur, de médiateur et de négociateur auprès de l'assureur. Elle permet d'avoir plus de poids qu'un individu lambda pour négocier un contrat, une cotisation et défendre un dossier.

Un assureur reste un assureur qu'il s'appelle SHAM, MACSF, Médical ou AXA, ALLIANZ, etc.

Si l'AIAS a choisi de travailler avec la SHAM, acteur reconnu de l'assurance mutualiste, c'est qu'elle a estimé que cette assurance répondait à ses critères de qualité. C'est une très grosse assurance capable de répondre financièrement à de gros frais, avec une bonne infrastructure juridique capable de défendre indépendamment les intérêts de différents acteurs de santé en même temps.

C'est effectivement l'assurance de bon nombre d'hôpitaux en France et elle essaie de se déployer en Espagne et en Italie (objectif 2016 et +).

Y a-t-il conflit d'intérêt si un agent a un problème avec son établissement et qu'ils ont l'un et l'autre la même assurance ? En théorie on peut le craindre mais vu la taille de la SHAM, celle-ci peut largement gérer le dossier de chaque partie de façon complètement indépendante (juriste, avocat, conseil). C'est une question que j'ai maintes fois posé à la SHAM lors des CA de l'AIAS. Ils m'ont toujours répondu, que la qualité de la défense ne pouvait évidemment qu'être équivalente. Ils n'ont pas de mauvais avocats dédiés aux agents et des ténors dédiés aux hôpitaux. Par contre, il est clair, qu'ils privilégieront la médiation et la négociation à un procès ! C'est sûr...

Que faire alors ? Ne pas prendre une assurance professionnelle qui soit la même que celle de votre établissement ? Est-ce que tous les établissements de France sont assurés à la SHAM, non, beaucoup certes mais pas tous.

Mais il ne faut pas non plus prendre la même assurance que nos médecins anesthésistes si on craint le conflit d'intérêt.

Alors avant de souscrire, il faut interroger votre direction et vos médecins anesthésistes. Quand vous aurez éliminé ces assureurs, il ne vous restera plus qu'à vous trouver une assurance indépendante qui vous apporte les garanties que vous voulez.

Agnès Moreaux, IADE

Membre et représentant moral du SNIA auprès du conseil d'administration de l'AIAS

Rappel de l'ensemble des prestations que nous propose l'AIAS.

L'AIAS a sélectionné la SHAM, pour proposer à ses adhérents des garanties Responsabilité Civile Professionnelle et Protection Juridique adaptées à leurs besoins.

C'est pour cela, que le SNIA, de façon historique, a délibérément choisi l'AIAS (association loi 1901) pour défendre au mieux les intérêts des IADE quand à la quête d'un assureur professionnel.

Depuis l'été dernier, comme la SHAM ne fait plus partie du conseil d'administration de l'AIAS, celle-ci est libre de travailler avec l'assureur de son choix.

L'interlocuteur de l'AIAS au sein de la SHAM est dorénavant Mr Gilles CHARPENAY, adjoint à la direction du développement.

Selon lui, même si parfois, le dialogue avec la SHAM est âpre (notamment en ce moment pour les sages-femmes libérales qui ont vu leurs cotisations multipliées par 30 ! De 100€, certaines sont passées à 3000€), il est encore possible et il reste encore des marges de manœuvres.

Aujourd'hui l'AIAS compte plus de 4 000 professionnels (infirmiers, infirmiers anesthésistes, sages-femmes, masseurs-kinésithérapeutes, puéricultrices, aides-soignants, enquêteurs sociaux, auxiliaires de vie...) répartis sur toute la France

Je rappelle que par le SNIA nos adhérents bénéficient d'un tarif de groupe. En décembre 2015, le SNIA ne représente pour l'AIAS que 88 adhérents. En tant qu'adhérents spontanés, il y a 408 IADE salariés et 8 IADE libéraux (cotisation idem IDE libéral).

Pour les adhérents du SNIA, les cotisations 2016 restent sensiblement les mêmes (petite baisse de 3€ pour les salariés).

Depuis Septembre 2015, l'AIAS s'est doté d'un commercial, Mr Yves DORMEVAL, chargé du développement et de prospection active. Celui-ci souhaite que chaque profession lui fasse remonter ses besoins / pratiques professionnelles et / l'évolution de celles-ci le cas échéant afin de proposer une couverture adaptée. A voir avec les pratiques avancées

Pour la MIPS, action de prévention, l'AIAS est toujours d'accord pour nous accompagner dans un travail de recherche...

Aujourd'hui, le Conseil d'Administration de l'AIAS a retenu un sujet très large et interprofessionnel : **« prévention de la souffrance au travail »** avec la possibilité proposée d'aide et soutien psychologique. La MIPS va demander à un de ses partenaires de faire une étude avec la possibilité de la présenter lors d'un congrès, forum, etc., voire publication dans un journal professionnel

Une assurance Responsabilité Civile (RC) incluant :

- Les garanties Responsabilité Civile Professionnelle et Exploitation pour intervenir en cas de préjudices subis ou causés à des tiers dans le cadre de l'exercice de notre activité ;

- La garantie défense pénale nous permettant de bénéficier de la prise en charge des frais de défense dans le cadre de poursuites pénales ;
- La garantie des recours suite à accident nous donnant la possibilité de faire valoir nos droits en cas de dommages engageant la responsabilité d'un tiers.

Une assurance Protection Juridique (PJ) professionnelle

En cas de litige survenant dans le cadre de l'exercice de notre activité, notre défense est assurée et nos frais de procédure sont pris en charge (dans la limite de notre barème).

Les différences en faveur des adhérents :

- Une mutualisation des garanties des professions couvertes (paramédical, social et sages-femmes) ;
- Une gestion personnalisée des dossiers ;
- Une prise en charge de la franchise (155€) pour des dommages relevant des contrats Responsabilité Civile ;
- Une garantie pour assurer nos mains et membres supérieurs en cas d'accident : Capital Main Active.
- Depuis 2014 : une Assistance Psychologique en cas d'évènement traumatisant survenu dans un contexte privé ou professionnel.
- Capital Main Active et l'Assistance Psychologique sont incluses dans la cotisation d'affiliation à l'Association.

L'Assistance Psychologique pour les adhérents de l'AIAS

A partir du 1^{er} janvier 2014, les adhérents de l'AIAS, salariés ou libéraux du paramédical et du social, bénéficient automatiquement, en complément de leurs garanties **responsabilité civile et/ou protection juridique**, d'une **Assistance Psychologique**. Cette garantie peut être mobilisée en cas d'évènement traumatisant survenu dans un contexte privé ou professionnel.

Pour cela, l'AIAS s'est rapprochée d'**Inter Mutuelles Assistance** (IMA) pour proposer à ses adhérents ce nouvel accompagnement.

Dans ce cadre, le partenaire IMA Assurances peut organiser et prendre en charge selon la situation :

- de 1 à 5 entretiens téléphoniques avec un psychologue clinicien ;
- et si nécessaire, de 1 à 3 entretiens en face à face avec un psychologue clinicien.

Pour le **CAPITAL MAIN ACTIVE**

Nos mains sont notre outil de travail. Sont-elles assurées en cas d'invalidité ?

1,4 million d'accidents de la main sont constatés chaque année en France dont 620 000 graves. Les assurances détenues à titre professionnel ou privé ne couvrent pas nécessairement pas ce type de risques. Quelle solution pour les professionnels du soin et du social face à ce constat ?

L'AIAS propose une **garantie individuelle accident** adaptée : Capital Main Active.

Qu'est-ce que Capital Main Active (CMA) ? CMA vous couvre contre tout accident corporel survenant dans un contexte professionnel ou privé et ayant pour conséquence une invalidité liée à la perte d'usage totale ou partielle d'une main et/ou d'un membre supérieur. Vous pouvez dans ce contexte, percevoir une indemnité pouvant aller jusqu'à 10 000 € (suivant le barème de prise en charge AIAS).

CMA est une assurance pour les professionnels du paramédical (infirmiers, infirmiers anesthésistes, masseurs-kinésithérapeutes, psychomotriciens, pédicures-podologues...), du social (auxiliaires et assistants de vie, enquêteurs sociaux...) et pour les sages-femmes.

Comment en bénéficier ? Capital Main Active est comprise dans la cotisation d'affiliation sans frais supplémentaire.

HOMMAGE À DIANE SAUZEA

C'est avec une grande tristesse que nous avons appris le décès de Diane SAUZEA mi-novembre 2015.

Adhérente au SNIA depuis plus de 20 ans et membre du conseil syndical et déléguée de région de longue date, elle était une de nos porte-paroles dans sa région Rhône-Alpes.

Elle contribuait à la défense de sa profession et de ses collègues. Elle savait ce que le mot "aider" voulait dire.

Elle faisait partie des gens pour qui l'altruisme est une doctrine.

Elle nous avait envoyé une lettre pour nous dire qu'elle avait enfin décidé de s'occuper d'elle.

Nous partageons la douleur de tous ses proches.

Tous les membres du conseil syndical se joignent à moi pour vous présenter nos sincères condoléances.

Pour le conseil syndical
Jean-Marc Serrat, Président SNIA

ACTIVITÉS SYNDICALES

ANESTHÉSIE GÉNÉRALE CHEZ LES NOURRISSONS : C'EST SANS DANGER COGNITIF

La question de la toxicité de l'anesthésie générale (AG) sur le cerveau en développement a dépassé le stade de l'expérimentation sur l'animal et des études observationnelles. Trois essais contrôlés et randomisés, répondant aux acronymes PANDA, GAS et MASK, sont en cours. L'essai GAS (General Anesthesia compared to Spinal anaesthesia) s'est donné pour objectif principal d'évaluer le développement cognitif à 5 ans après une AG au cours des premiers mois de vie⁽¹⁾.

Sa population, recrutée dans sept pays de 2007 à 2013, est formée de 722 enfants d'âge gestationnel supérieur à 26 semaines, ayant bénéficié d'une cure de hernie inguinale avant l'âge corrigé de 60 semaines. Elle comprend 55 % d'anciens prématurés (sans lésions cérébrales sévères) et plus de 80 % de garçons. D'une façon aléatoire, une moitié des enfants (359) a été opérée sous AG au sévoflurane, et l'autre moitié (363) a été opérée sous anesthésie régionale (AR), rachidienne ou caudale, en général à la bupivacaïne, en état d'éveil. Aucun nourrisson n'avait été exposé au sévoflurane antérieurement.

Dans le groupe AG, l'administration du sévoflurane a duré moins de 60 min, en valeur médiane. Dans le groupe AR, il y a eu 20 % de violations de protocole (le plus souvent abandon de l'AR pour une AG).

En attendant l'âge de 5 ans, le niveau de développement des enfants toujours suivis a été déterminé à 2 ans ± 2 mois en utilisant les échelles de Bayley révisées (Bayley-III), complétées par l'inventaire de MacArthur-Bates pour le langage.

Pas de différence entre AG et anesthésie régionale

A 2 ans, le score composite moyen de l'échelle cognitive des enfants opérés sous AG est équivalent à celui des enfants opérés sous AR. L'intervalle de confiance 95 % [IC 95] de la différence AR – AG des scores s'inscrit dans un intervalle de plus ou moins 5 points dans l'analyse

per protocole comme dans l'analyse en intention de traiter, ce qui exclut un biais dû aux violations de protocole du groupe AR.

Type d'analyse	Scores composites moyens		Différence AR - AG ajustée (IC 95 %)
	Groupe AR	Groupe AG	
Per protocole	98,6 ± 14,2	98,2 ± 14,7	0,169 (-2,30 à + 2,64)
En intention de traiter	98,6 ± 14,2	98,2 ± 14,6	0,256 (-2,06 à + 2,57)

Les fréquences des retards mentaux (scores cognitifs inférieurs à 70) sont similaires dans les deux groupes. Pour trois des 4 autres échelles du Bayley-III, l'échelle de la motricité, l'échelle du langage et l'échelle de l'adaptativité, les deux groupes d'enfants ont aussi des scores équivalents.

Au total, ces résultats intermédiaires accréditent l'idée qu'une anesthésie générale au sévoflurane durant moins d'une heure n'est pas nocive pour le développement neurologique des jeunes enfants, mais bien sûr ils doivent être confirmés par les tests cognitifs prévus à l'âge de 5 ans.

Tout en soulignant l'exemplarité de l'essai, les éditorialistes relèvent plusieurs choix de méthode qui empêchent de généraliser les résultats obtenus à l'âge de 2 ans : des AG avec un produit unique, des interventions d'un seul type, un outil d'évaluation global...⁽²⁾.

Dr Jean-Marc Retbi

Publié dans JIM le 05/11/2015

Références

1. Davidson AJ et al. Neurodevelopmental outcome at 2 years of age after general anaesthesia and awake-regional anaesthesia in infancy (GAS): an international multicentre, randomised controlled trial. *Lancet* 2015; Publication avancée en ligne le 25 octobre
2. Warner DO, Flick RP. Anaesthesia, infants and neurodevelopment : case closed ? *Lancet* 2015; Publication avancée en ligne le 25 octobre

SORTIR DE L'HÔPITAL LE SAMEDI OU LE DIMANCHE APRÈS UNE CHIRURGIE LOURDE...

Les réhospitalisations dans les 30 j après chirurgie majeure sont associées à un taux de complications et à une mortalité accrue, et les assurances américaines ont infligé des pénalités financières aux hôpitaux dont le taux de réhospitalisations dépassait la moyenne.

Or, si plusieurs publications ont souligné l'aggravation du pronostic pour les admissions ou interventions du samedi-dimanche (WE), les sorties autorisées ces jours-là après chirurgie lourde n'ont pas fait l'objet d'études particulières. A priori, les conditions paraissent réunies pour que les suites de ces sorties soient moins bonnes : praticiens moins nombreux, celui de garde risquant de mal connaître le dossier des sortants, discontinuité dans les soins pouvant entraîner des instructions ou prescriptions insuffisantes, médecins traitants non joignables, et pharmacies de proximité fermées.

Les auteurs ont donc cherché à savoir s'il y avait un lien entre la sortie le WE et le taux de réadmissions à 1 et 3 mois après cure d'anévrisme aortique, colectomie, pancréatectomie, et prothèse totale de hanche (PTH), dans toute la Californie. Les complications à l'origine de la réhospitalisation pouvaient être infectieuses, hémorragiques, cardiovasculaires ou pulmonaires. Les malades ont été divisés en 2 groupes : JS s'ils étaient sortis du lundi au vendredi, et WE.

Taux de réadmissions plus faible après une sortie le week-end pour les PTH et les colectomies !

Le travail a concerné 128 057 opérés entre janvier et décembre 2012, dont 71 % PTH, 23 % coloproctectomies, 4 % anévrismes aortiques, et 2 % pancréatectomies. Au total, 77 % ont été relâchés en JS et 23 % en WE, quelle qu'ait été l'intervention.

Dans les 2 groupes, et pour les 4 interventions, les WE avaient une durée de séjour écourtée, et regagnaient plus souvent leur domicile (sauf pour les PTH qui allaient en rééducation).

On a constaté avec surprise que le taux de réadmission à 30 et 90j était identique entre JS et WE, et même plus faible pour ces derniers pour les colectomies et PTH.

Les réadmissions ont eu lieu dans 20 à 40 % des cas dans un hôpital différent de celui de l'intervention ; leur cause variait selon la nature de l'intervention initiale, mais l'infection était toujours l'un des 3 motifs principaux.

Si divers facteurs sont prédictifs de réadmission (âge avancé, sexe masculin, ethnie noire, pathologies associées, niveau socio-économique), en revanche la sortie les samedis et dimanches n'y a aucun rôle, et même diminue ce risque après colectomie.

Les sorties du week-end n'entraînent pas plus de réhospitalisations que celles de la semaine.

Dr Jean-Fred Warlin

Publié dans JIM le 04/01/2016

Références

Cloyd JM et coll. : Association between weekend discharge and hospital readmission rates following major surgery. *JAMA Surg.*, 2015 ;150: 849-856

UNE CÉSARIENNE POUR CE GROS BÉBÉ ? MESUREZ DONC LA TÊTE !

Les « gros bébés » sont responsables d'une augmentation du risque d'allongement du travail, d'extraction instrumentale, de césarienne en cours de travail, de dystocie des épaules et ses conséquences, hémorragie de la délivrance, déchirures périnéales, etc.

C'est pourquoi il est nécessaire de dépister ces « gros bébés » qui sont définis en termes de poids. L'échographie, bien qu'insuffisamment sensible, est aujourd'hui la méthode de choix pour dépister une macrosomie qui elle-même ne fait pas l'objet d'une définition consensuelle (estimation du poids foetal $\geq 4,5$ kg pour les uns ou $\geq 97^{\text{ème}}$ percentile pour d'autres). Mais les dimensions du pôle céphalique foetal ne seraient-elles pas davantage en cause que le poids dans l'augmentation du risque de césarienne ou d'extraction instrumentale ?

Etude sur près de 25 000 accouchements

C'est le postulat de départ de cette étude transversale qui a porté sur 24 780 accouchements ; seuls ont été exclus les nouveau-nés de poids ou PC (périmètre céphalique) $\leq 5^{\text{ème}}$ p car sujets aux complications de l'hypotrophie et faisant l'objet d'une prise en charge spécifique durant la grossesse. Les nouveau-nés étaient pesés à la naissance et le PC mesuré entre 6 et 18h de vie.

Le pourcentage d'accouchements par voie basse est de 78 % en cas de PC $< 95^{\text{ème}}$ p vs 62 % pour PC $\geq 95^{\text{ème}}$ p, celui de césariennes non programmées est de 8 % vs 16 % (Odds ratio [OR] 2,58 ; intervalle de confiance à 95 % [IC95 %] : 2,22-3,01), celui des extractions instrumentales est à 7 % vs 11 % (OR 2,13 ; IC95 % : 1,78-2,54).

En comparaison, le taux d'accouchements par voie basse en cas de poids de naissance $\geq 95^{\text{ème}}$ p est de 80 %, celui de césariennes non programmées de 10 % et il y a 3 % d'extractions instrumentales. Un gros poids est moins fortement corrélé au risque de césarienne non programmée (OR 1,2 ; IC95 % : 1,01-1,44) que ne l'est le grand PC et est associé à moins d'extractions instrumentales (OR 0,46 ; IC95 % : 0,34-0,62).

Un périmètre crânien supérieur au 95^{ème} percentile fait plus que doubler le risque de césarienne

Après ajustement, les analyses montrent que chez la primipare, un PC $\geq 95^{\text{ème}}$ p fait plus que doubler le risque de césarienne (aOR 2,65 ; IC 95 % : 2,22-3,17) alors qu'un poids de naissance $\geq 95^{\text{ème}}$ p est sans effet (OR 0,91 ; IC95 % : 0,73-1,12).

Toujours chez les primipares, les voies basses spontanées sont les plus nombreuses dans le groupe PC normaux/poids normal (78 %) ou poids élevé (85 %) alors que le plus faible taux d'accouchement par voie basse se retrouve dans le groupe grand PC/poids normal (55 %) : le risque de césarienne non programmée y est multiplié par 3 ; les mères des enfants avec grand PC/gros poids ont accouché voie basse dans 73 % des cas. Paradoxalement, c'est pour les gros bébés qu'il y a le moins d'extractions instrumentales (3 %). PC et poids de naissance ne sont pas forcément corrélés : dans seulement 24 % des cas, quand l'un des paramètres est supérieur au 95^{ème} p, l'autre l'est aussi, soit 2,2 % de la cohorte.

Les paramètres néonatals en termes d'hospitalisation en réanimation, pH et Apgar ont tendance à être moins bons chez les nouveau-nés de PC $\geq 95^{\text{ème}}$ p.

Poids $\geq 95^{\text{ème}}$ percentile avec une tête « normale » : la meilleure configuration pour accoucher par voie basse !

Enfin, l'analyse d'un sous-groupe a permis de démontrer la fiabilité de la mesure du PC et de l'estimation du poids foetal puisque le coefficient de corrélation est de 0,83 pour le PC qui est sous-estimé en moyenne de 1 cm (correspondant aux tissus) et 0,91 pour le poids, surestimé de seulement 77 g.

Cette robuste étude à laquelle ne manque que l'analyse des dystocies des épaules démontre qu'un grand PC est 3 fois plus prédictif que le poids sur le risque d'une extraction instrumentale ou une césarienne, ce qui ne devrait pas manquer de faire réfléchir sur la prise en charge de la macrosomie, un poids $\geq 95^{\text{ème}}$ p avec une tête normale constituant la meilleure configuration pour un accouchement normal. En particulier, en cas d'utérus cicatriciel ou de projet de déclenchement associé à une macrosomie, cet élément s'avère précieux dans la discussion avec la patiente.

Marie Gélébart

Publié dans JIM le 29/12/2015

Référence

Lipschuetz M, Cohen SM, Ein-Mor E, et coll. : A large head circumference is more strongly associated with unplanned cesarean or instrumental delivery and neonatal complications than high birthweight. *Am J Obstet Gynecol.*, 2015; 213: 833.e1-12.

APRÈS SPRINT FAUT-IL RÉVISER NOS OBJECTIFS POUR L'HTA ?

L'hypertension artérielle (HTA) affecte environ un milliard de sujets dans le monde. Chez les personnes âgées de plus de 50 ans, l'HTA systolique est la plus fréquente et constitue un facteur prédictif indépendant de la survenue d'un événement coronaire, d'un accident vasculaire cérébral (AVC) et d'une insuffisance rénale terminale.

Les essais cliniques ont montré que le traitement de l'HTA réduisait le risque d'événements cardiovasculaires, à savoir d'AVC (-35 à -40 %), d'infarctus du myocarde (-15 à -25 %) et d'insuffisance cardiaque (jusqu'à -64 %).

Il n'en demeure pas moins que le niveau d'abaissement de pression artérielle systolique (PAS) à atteindre reste incertain. En effet, si les études observationnelles ont montré que le risque cardiovasculaire augmentait régulièrement quand la PAS s'élevait au-dessus de 115 mm Hg, les données dont on dispose à partir des essais cliniques effectués au sein d'une population générale d'hypertendus, montrent seulement qu'un traitement antihypertenseur qui abaisse la PAS à 150 mm Hg ou au-dessous a un effet bénéfique certain et peu de données concernent l'effet d'un abaissement de la PAS à des niveaux plus bas.

Si bien qu'en pratique la PAS cible à atteindre pour réduire la morbi-mortalité des hypertendus non-diabétiques n'est toujours pas précisément définie.

Une réduction de 27 % de la mortalité avec le traitement intensif...

C'est ce qui a conduit le groupe de recherche de SPRINT (*Systolic Blood Pressure Intervention Trial*) à tenter de l'évaluer dans une étude menée chez 9361 personnes qui avaient une PAS supérieure ou égale à 130 mm Hg associée à un risque cardiovasculaire élevé (antécédent d'AVC, altération de la fonction rénale, âge supérieur à 75 ans, score de risque cardiovasculaire supérieur ou égal à 15 % à 10 ans sur la grille de Framingham), mais en l'absence de diabète.

Après randomisation, les patients ont été assignés à un traitement qui avait pour cible soit une PAS inférieure 120 mm Hg (traitement intensif) soit une PAS inférieure à 140 mm Hg (traitement standard).

Le critère composite principal de jugement était la survenue d'un infarctus du myocarde, d'autres syndromes coronaires aigus, d'un AVC, d'une insuffisance cardiaque ou d'un décès de cause cardiovasculaire.

A un an, la PAS moyenne était de 121,4 mm Hg sous traitement intensif et de 136,2 mm Hg sous traitement standard.

L'étude a été interrompue prématûrement après un suivi moyen de 3,26 ans en raison d'un taux significativement plus faible d'événements du critère composite principal sous traitement intensif comparé au traitement standard (1,65 % par an vs 2,19 % par an ; hazard

ratio [HR] sous traitement intensif : 0,75 ; intervalle de confiance [IC] à 95% [0,64 à 0,89 ; p<0,001].

La mortalité de toute cause était également significativement réduite de 27 % sous traitement intensif (HR: 0,73; IC 95% [0,60 à 0,90; p = 0,003].

...au prix d'une majoration des effets secondaires

Parallèlement le taux des effets secondaires graves étaient plus élevés sous traitement intensif que sous traitement standard à savoir : hypotension artérielle (+ 67 % [p<0,001]), syncope (+ 44 % [p=0,003], désordres électrolytiques (+ 38 % [p=0,006]), altération de la fonction rénale/insuffisance rénale aiguë, mais non celui des chutes avec blessure.

L'étude SPRINT montre donc que, dans une population d'hypertendus à risque cardiovasculaire élevé (mais indemnes de diabète), avoir pour cible une PAS inférieure à 120 mm Hg vs une PAS cible inférieure 140 mm Hg, s'accompagne d'un taux plus faible d'événements cardiovasculaires majeurs et de décès de toute cause, au prix d'un taux significativement plus élevé de certains effets secondaires.

Vers une révision des recommandations ?

Ainsi, SPRINT redéfinit la PAS cible à atteindre chez les hypertendus à risque, invitant à mieux les prendre en charge. Un vrai marathon selon les termes de l'éditorial de Perkovic et Rodgers dans le même numéro du *New England Journal of Medicine* quand on sait que moins de 50 % des hypertendus à risque inclus dans SPRINT étaient sous statines, que 13 % continuaient de fumer et que la plupart étaient en surpoids ou franchement obèses. De plus, l'arrêt prématûré de l'étude n'aura-t-il pas « empêché » la majoration du développement des effets secondaires déjà signalés, ce qui aurait abouti à l'annulation des conclusions bénéfiques rapportées ?

Il est sûr que dans les mois à venir, la prise en compte éventuelle de ces résultats dans les recommandations sur la prise en charge de l'hypertension fera l'objet de débats passionnés sur les deux rives de l'Atlantique. Et que, quelles que soient les décisions des sociétés savantes, beaucoup de praticiens auront à l'esprit les données de SPRINT quand ils prescriront un traitement antihypertenseur.

Nous y reviendrons donc...

Dr Robert Haïat

Publié dans JIM le 16/11/2015

Références

The SPRINT Research Group : A Randomized trial of intensive versus standard blood-pressure control. N Engl J Med 2015; publication avancée en ligne le 9 novembre (DOI: 10.1056/NEJMoa1511939) et Communication à la session annuelle de l'American Heart Association, Orlando, 7-11 novembre 2015.

CHRONIQUE D'UNE MORT SUBITE... ANNONCÉE

On déplore chaque année aux USA plus de 550 000 morts subites d'origine cardiaque (ou « arrêts cardio-circulatoires soudains » [ACS], à l'intérieur ou en dehors de l'hôpital. Elles sont responsables de plus de la moitié des décès d'origine cardiovasculaire et posent de ce fait, un problème de santé publique majeur. Malgré les multiples efforts, tant dans la prévention que dans le traitement, déployés au cours des dernières décennies, le taux de survie après ACS reste stable et faible, de l'ordre de 7 %. Or, il est possible que certains signes d'alarme, dans les heures, les jours ou les semaines précédant l'arrêt, puisse permettre dans certains cas une intervention en urgence précoce, capable d'améliorer le pronostic dans un sous-groupe de patients.

L'Oregon SUDS (*Sudden Unexpected Death Study*) est une vaste enquête qui a porté sur les ACS extra hospitaliers (à l'exclusion des arrêts en phase terminale), réalisée entre février 2002 et février 2012 auprès de la population adulte de la région de Portland (Oregon), dans le Nord Ouest des USA. Outre des données habituelles sur les patients, les circonstances de l'ACS et les manœuvres de réanimation exécutées, l'Oregon SUDS s'est efforcée de collecter des renseignements sur l'histoire médicale des malades et sur les symptômes éventuels ayant pu précéder l'ACS, dans les 4 semaines auparavant.

Etude sur un peu plus de mille arrêts cardiaques subits
Les patients de la cohorte sont âgés de 35 à 65 ans, (âge moyen de 52,6 ans) ; 75 % sont des hommes. La symptomatologie d'appel éventuelle recherchée pouvait être des douleurs thoraciques, typiques ou non d'ischémie coronarienne, une dyspnée, une syncope, des palpitations, des signes digestifs ou dorsaux, voire un état pseudo grippal. Elle avait pu survenir dans l'heure, le jour, la semaine, voire les 4 semaines précédant l'ACS. Ont été aussi notifiées pour l'enquête plusieurs co variables telles que l'âge, le sexe, la localisation géographique, la présence de témoins, les co morbidités et naturellement l'évolution de l'ACS. Seize hôpitaux de la région de Portland ont participé à l'étude, avec en moyenne, 71 observations par établissement (56 à 81). En 10 ans ont ainsi été recensés 1 099 ACS avec une survie de 10 % (n = 114).

Sur l'ensemble du collectif, dans 24 % des cas (n = 260), aucun renseignement sur une éventuelle symptomatologie d'alerte n'est disponible. Parmi les autres (n = 839), 51 % (n = 430) avaient présenté au moins un signe d'alarme dans les jours précédents l'arrêt.

Ce pourcentage est identique chez les hommes et les femmes (50 vs 52 %, p = 0,59). Cinquante et un de ces 430 patients avaient même, consulté un médecin dans l'intervalle. Il n'a pas été relevé, entre les 2 groupes, de différence quant aux données démographiques

ou à l'histoire clinique de la maladie. Le temps d'intervention des secours a été aussi identique, en moyenne 6,9 (4,1) minutes vs 7,0 (3,2), soit un p non significatif à 0,73. Il en va de même pour la présence, lors de l'ACS, d'un rythme cardiaque pouvant répondre à un choc électrique externe, CEE (49 vs 52 %, p = 0,40).

Des symptômes prémonitoires dans la moitié des cas

Dans 80 % des cas (n = 334 sur 430), la symptomatologie d'appel s'était manifestée dans l'heure précédent l'ACS. Chez 147 malades, elle était apparue dans les 24 heures précédentes, avec alors, des récidives fréquentes durant cet intervalle. Chez 199 patients (35 %), elle avait pris la forme de douleurs thoraciques, angineuses typiques chez 151 d'entre eux. Dans 18 % des cas (n = 78), il s'agissait d'une dyspnée ; dans 5 % (n = 22) de palpitations. Vingt pour cent des malades (n = 86) avaient souffert d'une symptomatologie digestive et 10 % (n = 41) d'un tableau pseudo grippal. Différents symptômes avaient pu être présents chez un même patient. Les signes d'alerte différaient selon le sexe. Les hommes s'étaient plaint davantage de douleurs thoraciques et les femmes de dyspnée, la différence étant très significative (p < 0,001), même dans le sous groupe de patients avec coronaropathie connue.

Parmi les 430 malades avec signes d'appel, 19 % (n = 81) avaient fait appel aux services d'urgence. Chez 63 d'entre eux, l'ACS était survenu avant l'arrivée des secours et, chez les 18 autres, dans l'ambulance, avant l'arrivée à l'hôpital. Dans l'ensemble, les patients qui avaient joint les services d'urgence étaient plus âgés (p = 0,02) et plus souvent porteurs d'une cardiopathie déjà diagnostiquée (p = 0,001). Ils souffraient plus fréquemment de douleurs thoraciques qu'ils ne présentaient un autre signe d'appel (69 vs 15 %, p < 0,001). On relève également plus souvent la présence d'un témoin. Il y a eu, dans ce groupe, plus de tentatives de réanimation et de troubles du rythme accessibles à un CEE. Point fondamental, la survie a été alors de 32,1 % (intervalle de confiance à 95 % [IC] : 21,8- 42,4 %) face à 6 % (IC : 3,5- 8,5 %) en l'absence de signes d'appel (p < 0,001). Après ajustements multiples sur les données du malade et les modalités de la réanimation, la différence reste stable avec un Odd ratio à 4,82 (IC : 2,23- 10,43 ; p < 0,001) quand était noté un appel téléphonique avant l'ACS.

Une meilleure survie lorsque les signes d'appel ne sont pas ignorés !

Cette étude met en exergue plusieurs points importants. En premier lieu, elle confirme qu'il y a une proportion non négligeable de patients qui présentent, dans les 4 semaines et surtout dans l'heure précédent un ACS, une symptomatologie d'appel. En second lieu, elle témoigne que ces signes prémonitoires sont souvent méconnus ou ignorés par le patient qui ne juge pas nécessaire de

prévenir les services d'urgence. Surtout, elle apporte la preuve qu'un appel précoce, en règle téléphonique, améliore considérablement la survie.

Ces notions doivent conduire à une meilleure information des malades et de leur entourage, notamment en cas de cardiopathie pré-existante. Contrairement aux données de la littérature, cette revue révèle également une proportion égale de femmes qui présentent des signes d'alarme, plus souvent alors sous forme de dyspnée que de douleurs thoraciques. Dans de telles circonstances, on retrouve également lors de l'ACS, plus habituellement des troubles du rythme accessibles à un CEE (tachycardie ou fibrillation ventriculaire).

Quelques réserves doivent être mentionnées. Dans 24 % des observations, aucune information sur la présence éventuelle de signes d'alarme n'a été possible. L'Oregon SUDS, malgré sa méthodologie, a

pu se heurter à des données manquantes ou des biais dans les réponses. Enfin, il a été fait la preuve dans ce travail d'une association entre signes d'alerte et survie, sans pouvoir confirmer un lien de causalité entre ces 2 paramètres.

Ainsi, chez des sujets d'âge moyen des 2 sexes, une symptomatologie d'alarme précède souvent la survenue d'un ACS mais est en règle méconnue. Un appel précoce aux services d'urgence est associé à une meilleure survie. Des travaux complémentaires sont nécessaires pour améliorer la stratification du risque d'ACS et la mise en route d'un traitement adapté.

Dr Pierre Margent

Publié dans JIM le 14/01/2016

Références

Marijon E et coll. : *Warning Symptoms are associated with Survival from sudden Cardiac Arrest. Ann Intern Med., 2016; 164: 23-29.*

LE DGS REMETTRA À MARISOL TOURAINÉ UN BILAN SUR LA MOBILISATION SANITAIRE LORS DES ATTENTATS

La ministre de la Santé a annoncé qu'un retour d'expérience sur l'intervention du système de santé lors des attentats de novembre dernier lui sera remis le 20 janvier par le directeur général de la Santé. Elle a d'ores et déjà présenté quatre axes de travail pour renforcer la réponse sanitaire en cas d'urgence ou d'attentats.

À l'occasion du congrès de la Société de réanimation de langue française (SRLF) ce 14 janvier à Paris, la ministre des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes, Marisol Touraine, est revenue longuement sur la mobilisation des professionnels de santé en assistance aux victimes de la « *barbarie terroriste* » qui a frappé le pays en janvier et novembre 2015. Elle a tenu ainsi à rendre une fois encore hommage au « *professionnalisme sans faille* » et à la réactivité de la communauté soignante et médicale, avant de dresser un inventaire des principales forces mobilisées et des prises en charge effectuées (lire encadré). La ministre a par ailleurs annoncé avoir demandé au directeur général de la Santé (DGS), Benoît Vallet, de travailler avec l'ensemble des acteurs mobilisés afin « *d'établir un retour d'expérience global sur l'intervention du système de santé lors des attentats* ».

Des conclusions rendues le 20 janvier

La ministre a précisé, dans un discours dont *Hospimedia* a eu copie, que ce travail confié à la DGS associe les sociétés savantes, le Samu de Paris, la Brigade de sapeurs-pompiers de Paris (BSPP), le Service de santé des armées (SSA), les services de son ministère et les opérateurs qui y sont rattachés, notamment l'Établissement de préparation et de réponse aux

urgences sanitaires (Eprus). « *Les conclusions me seront remises le 20 janvier prochain [et] je souhaite d'ores et déjà que nous avancions dans quatre directions* », a précisé Marisol Touraine. Elle a demandé en premier lieu une analyse détaillée de l'efficacité de l'intervention médicale urgente, c'est-à-dire de la prise en charge depuis le site de l'attentat jusqu'à l'établissement de santé. Ce travail devra notamment permettre « *d'identifier les adaptations nécessaires à réaliser pour améliorer encore la prise en charge massive de personnes victimes d'armes à feu ou d'explosions, en un point ou en plusieurs points du territoire* ». « *Deuxième sujet : nous devons travailler à une identification plus rapide des victimes, du lieu de leur prise en charge et des coordonnées de leur famille* », a souligné la ministre. « *Même si l'enregistrement des victimes a été assez remarquable compte tenu du caractère inédit de cette tragédie, nous devons mieux identifier les données utiles* », a-t-elle expliqué, ajoutant qu'une réflexion est actuellement en cours avec l'Institut de veille sanitaire (InVS), la future Agence nationale de santé publique (Ansp) et les établissements de santé. « *Avec les ministres de l'Intérieur, de la Justice et des Affaires étrangères, nous entendons avancer très rapidement sur ce sujet* », a souligné Marisol Touraine.

Repenser la coordination des cellules médico-psychologiques

Troisième point évoqué par la ministre : les cellules d'urgence médico-psychologiques (Cump), qui « *ont été déterminantes dans la prise en charge des victimes des attentats du 13 novembre* ». Pour autant, le dispositif « *doit être mieux adapté à la gestion d'événements*

d'une telle ampleur ». Marisol Touraine a annoncé qu'il fallait repenser la coordination des équipes nationales, l'enregistrement des consultations via des formulaires uniformisés ou encore l'orientation des victimes vers les dispositifs adéquats, afin de garantir la continuité des prises en charge. Enfin, quatrième et dernier point : le système de prise en charge sanitaire d'urgence « doit être renforcé sur l'ensemble du territoire national et pour des populations différentes ». Cette réflexion sera notamment menée par les ARS, a annoncé la ministre. « Je leur ai demandé de garantir que l'ensemble de leurs établissements de santé soient capables de mettre en place une prise en charge des victimes aussi exemplaire qu'en Île-de-France », a-t-elle poursuivi, précisant qu'il fallait aussi « réfléchir à la spécificité de la prise en charge d'enfants ».

400 hospitalisés et 5 000 soutiens en urgence médico-psychologique

Lors de son intervention le 14 janvier, la ministre de la Santé a précisé qu'à la suite des attentats en novembre 2015, plus de 400 victimes ont été hospitalisées, dont près d'une cinquantaine en services de réanimation. 51 personnes sont encore hospitalisées aujourd'hui, 25 d'entre elles sont suivies dans des services de SSR et trois sont toujours hospitalisées en réanimation, a détaillé Marisol Touraine. Elle a également indiqué que 300 professionnels de soutien en urgence médico-psychologique de toute la France ont accompagné plus de 5 000 personnes « dans les semaines qui ont suivi les attentats, dans les hôpitaux mais aussi dans des lieux dédiés, comme à l'École militaire, à l'Institut médico-légal ou encore dans les mairies des 10^e et 11^e arrondissements de Paris ».

Caroline Cordier

Publié dans Hospimedia le 14/01/16

DIAGNOSTIC EN URGENCE D'UNE DYSPNÉE AIGUË : LA PROCALCITONINE EN RENFORT ?

Le diagnostic étiologique d'une dyspnée brutale n'est pas toujours aisé. L'imagerie thoracique et les biomarqueurs sont souvent nécessaires pour préciser la cause de ce symptôme d'une grande fréquence. L'emboîtie pulmonaire doit être éliminée en priorité, mais il s'avère que les pneumopathies sont, dans la pratique courante, plus fréquentes que cette dernière, notamment chez le sujet âgé ou atteint d'une pathologie cardio-respiratoire préexistante. Le cliché thoracique peut être normal au début de la pneumopathie et les signes cliniques absents, discrets ou trompeurs, de sorte qu'il y a place pour un biomarqueur spécifique d'un point de vue diagnostique et utile sur le plan pronostique.

La procalcitonine (PCT) peut-elle prétendre à ce double rôle ? C'est ce que suggèrent les résultats de deux études de cohorte prospectives réalisées en milieu urbain, dans lesquelles ont été inclus 453 patients atteints d'une dyspnée d'intensité suffisante pour motiver un passage par les urgences hospitalières. La procalcitonine a été systématiquement dosée. Son apport dans le diagnostic positif de pneumopathie a été évalué en termes de reconsideration des hypothèses initiales et de la catégorisation afférente. Dans le même temps, a été appréciée sa valeur pronostique à long terme (12 mois).

Sensibilité et spécificité optimales au taux de 0,10 ng/ml
Une pneumonie isolée a été diagnostiquée chez 30 participants (6,6 %), une insuffisance cardiaque sans pneumopathie chez 212 autres (47 %), cependant que les deux diagnostics coexistaient dans les 30 autres cas (6,6 %). Les concentrations plasmatiques de PCT se sont révélées plus élevées en cas de pneumonie (0,38 vs 0,06 ng/ml ; p<0,001). L'AUC (area under the receiver operating characteristic curve) correspondant à l'apport diagnostique du biomarqueur a été estimée à 0,84 (intervalle de confiance à 95 %, IC, 0,77-0,91 ; p < 0,001). Pour tous les niveaux d'insuffisance cardiaque clinique,

la PCT s'est avérée à la fois sensible et spécifique, notamment dans les situations d'incertitude diagnostique (n = 70) : dans ce cas de figure, c'est le taux de 0,10 ng/ml qui avait la sensibilité et la spécificité les plus nettes pour le diagnostic de pneumonie, avec des valeurs de respectivement 80 % et 77 %. L'intégration de la PCT parmi les variables prédictives de ce diagnostic a conduit à reconsiderer la classification initiale dans 54 % des cas (IC, 24-83, p < 0,001), dans un sens ou dans l'autre.

Une valeur pronostique

Dans les analyses statistiques avec ajustement, l'élévation des taux de PCT ont été associées à une augmentation significative de la mortalité à long terme, le hazard ratio correspondant étant en effet estimé à 1,80 (IC, 1,40-2,30 ; p < 0,001). Par ailleurs, les données pronostiques d'une PCT élevée s'ajoutaient à celles des peptides natriurétiques.

Ces deux études de cohorte prospectives suggèrent que le dosage de la PCT dans le contexte de l'urgence, peut contribuer au diagnostic étiologique d'une dyspnée aiguë, en l'orientant vers celui de pneumopathie, même en cas d'insuffisance cardiaque décompensée associée. Le seuil de 0,10 ng/ml serait celui qui assure les meilleures performances, en termes de sensibilité et de sensibilité. Cette notion doit cependant être étayée par d'autres études de plus grande envergure qui permettront aussi de confirmer la valeur pronostique de la PCT à long terme.

Dr Philippe Tellier

Publié dans JIM le 14/01/2016

Référence

Alba GA et coll. : Diagnostic and Prognostic Utility of Procalcitonin in Patients Presenting to the Emergency Department with Dyspnea. Am J Med. 2016;129 : 96-104.e7.

LES FRAIS DE DÉPLACEMENT D'UN AGENT D'EHPAD EN FORMATION NE SONT PAS AUTOMATIQUEMENT REMBOURSÉS

Une aide-soignante travaillant en Ehpad public dans les Landes a obtenu, en juin 2010, l'accord de l'Association nationale de la formation hospitalière (ANFH) d'Aquitaine pour suivre une formation de trois ans, afin d'obtenir un diplôme d'infirmière. L'agent a été placée par l'Ehpad en congé de formation professionnelle du 6 septembre 2010 au 5 juillet 2013. Durant cette période, sa rémunération a été calculée sur la base du 3^e échelon dont elle était titulaire. Cependant, l'aide-soignante a obtenu, en août 2010, une promotion au 4^e échelon, avec effet en octobre de la même année. Après avoir sollicité l'ANFH, sans succès, pour obtenir la prise en compte de son changement d'échelon et de ses frais de déplacement, l'agent a demandé la condamnation de son employeur, afin d'être indemnisée de la perte de rémunération, des frais engagés et d'un préjudice matériel et moral. Une requête rejetée par les juges en première instance et la cour administrative d'appel de Bordeaux le 9 novembre 2015.

L'instance se base sur deux éléments pour rendre sa décision. Elle estime, en premier lieu, que l'aide-soignante n'a pas subi de perte de rémunération durant

sa période de formation. Selon le décret du 21 août 2008 relatif à la formation professionnelle tout au long de la vie des agents de la fonction publique hospitalière (FPH), dans une telle situation, l'indemnité mensuelle forfaitaire est égale à 85 % du montant total du traitement brut et de l'indemnité de résidence, pendant deux ans. Avec un complément calculé différemment pendant une année supplémentaire. Or, même si le changement d'échelon n'a pas été pris en compte, l'aide-soignante a perçu 100 % de sa rémunération pendant trois ans.

Concernant les frais de déplacement, la cour rappelle que le décret du 25 juin 1992, fixant les conditions de règlement des frais de déplacements dans la FPH, ne s'applique que lorsqu'un agent s'inscrit dans le plan de formation de son établissement, ce qui n'est pas le cas ici. La formation, suivie de la propre initiative de l'aide-soignante, entre dans le cadre du décret du 21 août 2008. Texte qui ne prévoit pas de prise en charge automatique des frais de déplacement et de repas.

Publié dans Hospimedia le 19/11/15 - 18h15

LE SERVICE SANTÉ DES ARMÉES (SSA) OUVRE DES COURS AVANCÉS POUR SES IADE ET IBODE SPÉCIALISÉS SUR LES OPÉRATIONS EXTÉRIEURES

Le cours avancé des infirmiers spécialisés en mission extérieure (Cadismex), nouvelle formation conçue pour les infirmiers anesthésistes (Iade) et infirmiers de bloc opératoire (Ibode) du Service de Santé des Armées (SSA), a tenu sa première session en octobre dernier pour dix Iade et six Ibode. Cette année, trente stagiaires nouvellement diplômés en bénéficieront, annonce le SSA dans un communiqué. Ce cursus « doit leur permettre, après dix-huit à vingt-quatre mois passés dans les écoles civiles de spécialisation, de s'insérer facilement dans les antennes chirurgicales, en maîtrisant des compétences spécifiques aux opérations

extérieures (Opex) et en harmonisant leurs pratiques ». Le programme pédagogique du Cadismex est orienté sur « le cœur de métier » des infirmiers en Opex : prise en charge du blessé de guerre, damage control, choc hémorragique, évacuation sanitaire, pédiatrie, prise en charge des brûlés, transfusion en situation d'exception, risques nucléaires, radiologiques, biologiques et chimiques (NRBC)... Avec une large place accordée aux ateliers et à la simulation, précise le SSA.

Publié dans Hospimedia le 14/01/2016

TEXTES OFFICIELS

ARRÊTÉ DU 29 OCTOBRE 2015 PORTANT HOMOLOGATION DES RÈGLES DE BONNES PRATIQUES RELATIVES AU PRÉLÈVEMENT D'ORGANES À FINALITÉ THÉRAPEUTIQUE SUR PERSONNE DÉCÉDÉE JORF N°0273 DU 25 NOVEMBRE 2015 PAGE 21839 TEXTE N°22

NOR : AFSP1526242A

ELI: <http://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2015/10/29/AFSP1526242A/jo/texte>

Le texte en 7 parties homologue les bonnes pratiques relatives aux prélèvements d'organes sur personne décédée.

Le préambule inscrit le texte dans la directive européenne 2010/53/UE (normes qualité)

I. - Organisation de l'activité de prélèvement d'organes au sein d'un établissement de santé

I-1. Organisation générale I-1.2. Missions de l'unité fonctionnelle médicale de coordination hospitalière
I-1.3. Missions de l'équipe de prise en charge du donneur
I-1.4. Mission de l'équipe de prélèvement

II. - Moyens nécessaires à l'activité de prélèvement

II-1. Les équipes ,II-2. Locaux II-3. Matériels II-3.3. Matériels nécessaires à l'UF médicale de coordination hospitalière

III. - Critères d'inclusion du donneur potentiel

III-1. Conditions générales III-2. Tests de qualification biologique du donneur III-3. Recherche de l'opposition du défunt III-4. Contact avec le procureur de la République

IV. - Organisation opérationnelle du prélèvement d'organe(s)

IV-1. Rôle des personnels impliqués IV-2. Déroulement du prélèvement et restauration tégumentaire

V. - Conditionnement. - Transport du greffon et du matériel biologique

V-1. Conditionnement et étiquetage du greffon V-2. Conditionnement et transport du matériel biologique nécessaire à la réalisation du test de compatibilité donneur/receveur

VI. - Transport du corps

VI-1. Avant prélèvement VI-2. Après prélèvement

VII. - Système d'information

VII-1. Système informatique

VII-2. Le dossier du donneur

VII-3. Documents administratifs

ARRÊTÉ DU 8 DÉCEMBRE 2015 FIXANT LA LISTE DES ORIENTATIONS NATIONALES DU DÉVELOPPEMENT PROFESSIONNEL CONTINU DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ POUR LES ANNÉES 2016 À 2018

NOR : AFSH1530767A JORF N°0292 DU 17 DÉCEMBRE 2015 TEXTE N°41

ELI: <http://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2015/12/8/AFSH1530767A/jo/texte>

Les orientations du développement professionnel continu au titre de la politique nationale de santé et par professions ou spécialités, sur la base des propositions des conseils nationaux professionnels ou des représentants de la profession ou de la spécialité, sont fixées pour les années 2016 à 2018 en annexe du présent arrêté.

ANNEXE I : ORIENTATIONS S'INSCRIVANT DANS LE CADRE DE LA POLITIQUE NATIONALE DE SANTÉ

I. - Renforcer la prévention et la promotion de la santé : orientations généralistes 1 à 6

II. - Faciliter au quotidien les parcours de santé : orientations 7 à 21

III. - Innover pour garantir la pérennité de notre système de santé : orientation 22 à 34

ANNEXE II : ORIENTATIONS DÉFINIES PAR PROFESSION DE SANTÉ OU SPÉCIALITÉ, SUR LA BASE DES PROPOSITIONS DES CONSEILS NATIONAUX PROFESSIONNELS OU, EN LEUR ABSENCE, DES REPRÉSENTANTS DE LA PROFESSION OU DE LA SPÉCIALITÉ

Par profession médicales et spécialités (médecins, dentistes, sages femmes, biologistes, pharmaciens)

Par profession paramédicales : Infirmier, Infirmier de bloc opératoire Infirmier puériculteur Infirmier anesthésiste (Orientation n° 1 : formation aux techniques d'assistance cardio-circulatoire, Orientation n° 2 : prise en charge de la douleur par l'infirmier anesthésiste), Aide-soignant, Auxiliaire de puériculture, Masseur-kinésithérapeute, Pédicure-podologue, Orthoptiste, Diététicien, Technicien de laboratoire médical, Manipulateur en électroradiologie médicale, Audioprothésiste, Opticien-lunetier, Prothésiste et orthésiste pour l'appareillage des personnes handicapées (orthoprothésiste, podo-orthésiste, oculariste, épithésiste et orthopédiste-orthésiste)

Pour l'exercice en équipe : 11 orientations

ANNEXE III : ORIENTATIONS NATIONALES APPLICABLES AUX PROFESSIONNELS DE SANTÉ DU SERVICE DE SANTÉ DES ARMÉES

I. - Contribuer à la préparation des professionnels de santé dans un cadre opérationnel et aux spécificités d'exercice du service de santé des armées

II. - Contribuer à la gestion des situations exceptionnelles en France et à l'étranger

Rejoignez
la communauté
des IADE

Réseau
PRO+
Santé



Sur
ReseauProsante.fr



www.reseauProsante.fr est un site Internet certifié HONcode



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

LES ANNONCES DE RECRUTEMENT



Hôpitaux
Universitaires
Est Parisien

• Saint-Antoine • Rothschild
• Trousseau La Roche-Guyon • Tenon



Notre Groupe Hospitalier

Au cœur de l'Est parisien, Saint-Antoine (Paris 12^e), Rothschild (Paris 12^e), Trousseau (Paris 12^e), La Roche-Guyon (Val-d'Oise) et Tenon (Paris 20^e) proposent une offre de soins complète, d'excellence et de proximité permettant la prise en charge de la plupart des pathologies. Groupe hospitalier universitaire associé à la faculté de médecine Pierre et Marie Curie (Paris VI). Centre d'enseignement, il abrite les écoles d'infirmiers et d'aides-soignants, de sages-femmes et de puériculture. Il est leader de l'AP-HP en médecine, chirurgie, obstétrique.

Le CHU Saint-Antoine situé entre Bastille et Nation, recrute

des **IADE** en 2016 et 2017
pour une activité croissante en chirurgie ambulatoire
et endoscopie

Pour tous renseignements :

Mme Catherine SALTEL - CSS/IADE - catherine.saltel@aphp.fr
M. Ahmed BENYAHIA - CSS/CPP - Pôle Digestif - ahmed.benyahia@aphp.fr
Mme Caroline PICHON - Coordinateur des Soins - caroline.pichon@aphp.fr





POSTULER A CETTE OFFRE
Si vous souhaitez rejoindre notre structure, nous vous remercions d'adresser lettre de motivation et CV à :

Michèle Ollier
Cadre du département anesthésie-réanimation douleur par :
michele.ollier@curie.fr

L'Institut Curie est une fondation reconnue d'utilité publique associant le plus grand centre de recherche français en cancérologie et deux établissements hospitaliers de pointe. Pionnier dans de nombreux traitements, cet ensemble hospitalier est référent pour les cancers du sein, les tumeurs pédiatriques et les tumeurs de l'œil. Il assure la diffusion d'innovations médicales et scientifiques aux niveaux national et international.

L'Ensemble Hospitalier de l'Institut Curie Recrute Plusieurs IADE

Lieu de travail : Sites Paris (5^{ème}) ou Saint-Cloud (92).

Type de contrat : CDI.

Temps de travail : Temps complet ou possibilité temps partiel. Organisation en 10 heures/jour.

Astreintes semaine + week-ends à prévoir.

• **Site Paris 5^{ème}** : Bloc opératoire central, ambulatoire, Imagerie, plateau technique de radiothérapie, centre de Protonthérapie.

Spécialités anesthésiques : sénologie, chirurgie digestive, ORL, OPH, anesthésie ambulatoire, anesthésie pédiatrique.

Site Saint-Cloud : Bloc opératoire central.

Spécialités anesthésiques : sénologie, anesthésie ORL, anesthésie ambulatoire.

PROFIL RECHERCHE

- Diplôme IADE.
- Intérêt, motivation, investissement, esprit d'équipe.
- Salaires attractifs; CE, restauration collective, sites proches des transports en commun.
- Pour le site de Paris, prévoir par roulement des déplacements sur Orsay (RER) pour le centre de protonthérapie.

Institut de cancérologie,
pôle d'expertise global
dédié aux patients.
Gustave Roussy se distingue
par une approche totalement
intégrée entre recherche, soin
et enseignement.



CANCER CAMPUS
GRAND PARIS

GUSTAVE ROUSSY RECRUTE

Infirmier(e)s Anesthésistes - IADE

Vous assurez la sécurité des patients et la qualité des soins, conformément au cadre légal défini pour la profession, et dans le respect des règles d'hygiène et des bonnes pratiques, vous contribuez au bon déroulement des interventions et à la prise en charge des patients en respectant les principes de qualité, sécurité, continuité des soins conformément aux orientations.

Gustave Roussy vous propose un encadrement personnalisé, une prime d'embauche pour les CDI, une rémunération attractive, amplitude horaire en 7h30 ou 10h ou horaires mixtes, astreinte et une formation tout au long de la carrière.

Pour postuler : recrutement3@gustaveroussy.fr



Pour en savoir plus, le film du GHI "Pour VOUS,
un hôpital en mouvement" :
<http://www.youtube.com/watch?v=A985NAAwly8>

Le GHI Le Raincy-Montfermeil Recrute

Groupe Hospitalier Intercommunal
Le Raincy-Montfermeil



Infirmier(ère) en Anesthésie-Réanimation (IADE)

Profil de l'emploi :

Au sein d'une équipe de 15 infirmiers anesthésistes, 5 infirmiers de réveil et 2 aides soignants, vous aurez à réaliser des soins infirmiers d'anesthésie et/ou de réanimation concourant au diagnostic, au traitement et à la recherche, en accompagnant le patient, dans les domaines de l'intervention chirurgicale, du traitement de la douleur, de l'urgence, ou de la réanimation.

Profil du candidat : Diplôme d'Etat d'infirmier anesthésiste.

Lettre de motivation et CV à adresser à : (lettre à l'attention de M. le Directeur)

- Soit par courriel : ghi7@candidatus.com
- Soit par courrier : GHI Le Raincy-Montfermeil - Direction des soins
10, rue du Général Leclerc - 93370 Montfermeil



Le Centre Hospitalier Public du Cotentin

BASSE-NORMANDIE

Le Centre Hospitalier Public du Cotentin est un établissement public de santé intercommunal né de la fusion, le 1^{er} avril 2006, du centre hospitalier Louis Pasteur de Cherbourg-en-Cotentin et du centre hospitalier de Valognes. Deuxième établissement public de la région Basse-Normandie, ses deux plateaux techniques lui permettent d'offrir un large éventail de soins.

En plus de cette mission de soins, le centre hospitalier public du Cotentin assure également une mission de formation que celle-ci soit médicale (notamment accueil d'internes et d'externes) ou paramédicale (aides-soignants, infirmiers et nombreux stagiaires).

Recherche actuellement

un(e) Infirmier(ère) Anesthésiste diplômée d'Etat IADE

Dans le cadre du développement de son activité pour renforcer son équipe, poste à pourvoir dès à présent.

L'infirmier(ère) Anesthésiste sera intégré(e) dans l'équipe des IADE et interviendra sur les 5 salles de bloc opératoire (spécialités : viscérale, orthopédique, ORL, stomatologie, gynécologie, gastro-entérologie, ophtalmologie) pour l'activité programmée ou non du bloc central. Il peut être également appelé à intervenir sur le secteur de la maternité ainsi que sur le bloc obstétrical.

Profil recherché : Titulaire du diplôme d'infirmier anesthésiste DE. Débutant accepté.

Pour tous renseignements complémentaires, vous pouvez contacter : Madame Marie-Ange MESNIL, Chargée de missions à la Direction des Soins - 02 33 20 70 00 (poste 38816) - ma.mesnil@ch-cotentin.fr
Merci d'envoyer votre dossier de candidature (CV et lettre de motivation) à l'adresse suivante : Monsieur Corget Philippe - Directeur des ressources humaines 46, rue du Val de Saire - 50100 Cherbourg-en-Cotentin - Mail : secretariat.drh@ch-cotentin.fr



Les Hôpitaux de Chartres

CENTRE

➤ DES IBODE
➤ DES IADE

LES HÔPITAUX DE CHARTRES (28)

3^{eme} établissement de la région Centre
45 mn de Paris

RECRUTENT

Pour tout renseignement contacter :

Madame le Cadre Supérieur de Santé - 02 37 30 31 62 - DECT 77266

Adresser lettre de motivation et CV aux :

Hôpitaux de Chartres
A l'attention de Monsieur le Coordonnateur Général des Soins
Direction des Soins
BP. 30407 - 28016 CHARTRES CEDEX



Le Centre Hospitalier Régional d'Orléans à 1 heure au sud de Paris

RECRUTE UN CADRE SUPERIEUR DE SANTE DE BLOC OPERATOIRE

Titulaire du diplôme cadre de santé IBODE ou IADE, vous travaillerez avec une équipe pluridisciplinaire et aurez pour missions principales de :

• Mettre en place la nouvelle charte de fonctionnement du bloc opératoire (20 salles d'opération, 30 postes de SSPI) • Définir avec le coordinateur médical les actions à mener pour optimiser le fonctionnement du bloc opératoire • Assurer une cohérence entre le fonctionnement du bloc et l'activité des services d'hospitalisation, la stérilisation, la pharmacie, le transport patient • Coordonner et encadrer les cadres de bloc et d'anesthésie ainsi que les équipes paramédicales pour assurer la permanence, la sécurité et la qualité des soins.

Qualités requises : être médiateur, fédérateur, animateur et force de propositions.

LE CENTRE HOSPITALIER DE VALENCIENNES (59 -NORD)
RECRUTE POUR SON SERVICE D'ANESTHESIE BLOC OPERATOIRE POLYVALENT

DES INFIRMIERS(ES) ANESTHESISTE D.E.

Avec une capacité de près de 2 000 lits dont plus de la moitié en court séjour, le volume d'activité du Centre Hospitalier de Valenciennes représente l'offre de soins la plus significative du sud du département du Nord. Il a donc été choisi pour être l'Hôpital de Référence du Bassin en amont du Centre Hospitalier Régional Universitaire de Lille et pour les autres hôpitaux du territoire de santé du Hainaut (800 000 habitants). C'est le 2^{ème} établissement en importance de la Région Nord-Pas-de-Calais et l'un des 30 plus importants hôpitaux de France.

Merci d'adresser votre candidature (lettre de motivation accompagnée d'un CV détaillé) à l'attention de :

Madame Agnès LYDA TRUFFIER - Directrice des Ressources Humaines
par mail : chvalenciennes-159784@cvmail.com

Pour tous renseignements, vous pouvez consulter notre site www.ch-valenciennes.fr



CENTRE HOSPITALIER
DE VALENCIENNES

NORD-PAS-DE-CALAIS



CENTRE HOSPITALIER
DE GUERET

1 INFIRMIER ANESTHESISTE POUR BLOC OPERATOIRE/SSPI TEMPS PLEIN - CONTRAT A NEGOCIER

- Sous la direction d'un cadre supérieur de santé.
- Travail de 8h à 16h du lundi au samedi.
- Astreintes de 16h à 8h et du samedi 18h au lundi 8h.

Profil :

- Réaliser des soins infirmiers d'anesthésie concourant au diagnostic et au traitement.
- Accompagner le patient et mettre en œuvre les mesures qui garantissent la sécurité du patient.
- Expérience en bloc polyvalent souhaitée.

Candidatures :

Dossier de candidature comprenant curriculum vitae détaillé, lettre de candidature et copies des diplômes à faire parvenir par mail à :
Mme Guilène GUSTAVE - Coordonnateur des soins
secdirsoins@ch-gueret.fr
ou à : Mme Brigitte BARRIERE - Cadre supérieur collaborateur du pôle
« Chirurgie Obstétrique Pédiatrie » - b.barriere@ch-gueret.fr



LE CENTRE HOSPITALIER D'USSEL (19-CORREZE)
RECRUTE POUR SON PÔLE BLOC OPERATOIRE-ANESTHESIE

UN(E) INFIRMIER(E) ANESTHESISTE D.E.

Intégrer l'équipe d'anesthésie du Centre Hospitalier d'Ussel, c'est rejoindre :

- Une équipe dynamique et compétente de 3 MAR, 6 IADE, 10 IBODE/IDE, 8 AS, 1 ASHQ.
- Un environnement bénéficiant d'un plateau technique performant et sécurisant.
- Un poste à pourvoir en SSPI ou au sein du bloc opératoire.

Date de recrutement : Dès que possible.

Rémunération : Grille indiciaire de la fonction publique hospitalière.

- Pour tous renseignements s'adresser à : Madame Martine FARGE - Cadre de Pôle au 05 55 96 44 47 ou Madame Brigitte GUILLAUME - Directrice des Soins au 05 55 96 44 49
- Adresser votre candidature (lettre de motivation accompagné d'un CV détaillé) à : Madame la Directrice des Soins - Centre Hospitalier d'Ussel - 2, avenue du Dr ROULLET - 19 200 USSEL ou sur par mail : b.guillaume@ch-ussel.fr - f.farge@ch-ussel.fr



Le Centre Hospitalier de Villefranche de Rouergue (Aveyron) recherche deux IADE,

Dans le cadre du développement de son secteur de chirurgie ambulatoire et de la restructuration du bloc opératoire. Le bloc opératoire se compose de 7 salles; d'une SSPI de 11 postes avec IDE dédiée. L'activité d'anesthésie est d'environ 7 500 anesthésies par an, autour des disciplines suivantes : orthopédie-traumatologie, viscéral, endoscopies, urologie, OPH, ORL et maternité. Postes à pourvoir temps plein et possibilité de temps partiel.



Lieu de travail : Centre Hospitalier de Villefranche de Rouergue (1h30 de Toulouse).

Prise de fonction : dès que possible.

Envoyer votre candidature à l'adresse ci-dessous :

Centre Hospitalier La Chartreuse - Direction des Ressources Humaines - Ave Caylet - BP299 - 12200 Villefranche de Rouergue

Candidature par mail acceptée : annie.blehaut@ch-villefranche-rouergue.fr

Contact : Directeur des soins - Tél. : 05 65 65 30 58 | Mme DESBOIS - Cadre de santé bloc opératoire - 05 65 65 36 81

Infirmier(e) anesthésiste - IADE

ME
Medi-Emploi Sàrl
Placement de personnel paramédical

Recherche
pour la Suisse

Notre cabinet de recrutement propose des CDD de 6 à 12 mois et des CDI en Suisse.

- Établissements publics et privés (de 3 à 19 salles).
- Toutes disciplines chirurgicales.
- Reprise de l'ancienneté et bonnes conditions de travail.
- Jeunes diplômés également bienvenus.
- Diplôme et nationalité européens requis.

Nous prenons le temps de vous informer et vous accompagner dans cette nouvelle étape professionnelle.

Medi-Emploi Sàrl - CP 1270 - 1260 Nyon 01 - Suisse - Tél. : 0041 22 362 15 53 - info@mediemploi.ch
www.mediemploi.ch

APPEL DE COTISATION 2016

Montant de la cotisation :

Infirmier anesthésiste :	106 Euros
(Nouveaux adhérents SNIA : joindre copies diplômes IDE et IADE)	
Etudiant IA (joindre un justificatif) :	33 Euros
Retraité :	33 Euros

Réglez dès aujourd'hui votre cotisation 2016 ! ⁽¹⁾

- Vous ne subirez pas d'interruption dans la réception des bulletins d'information et épargnerez notre trésorerie (les bulletins envoyés séparément sont coûteux)
- Vous continuerez à bénéficier des tarifs préférentiels à l'AIAS (assurance professionnelle)

COTISATION déductible à 66% de vos impôts -
(Loi de finance rectificative 2004 – article 35 modifiant l'article 199 quater C du code général des impôts)

Nouveau : Possibilité de paiement en ligne – consultez notre site

Veuillez compléter la fiche ci-dessous et nous la renvoyer avec votre règlement. Merci.

M. / Mme / Mlle ⁽²⁾ Nom :

Nom de jeune fille :

Prénom :

Adresse :

.....
.....

Code Postal :

Ville : Région :

Adresse E-mail : (merci d'écrire très lisiblement)

Année de naissance : Date du DEIA :

Le courrier électronique va devenir progressivement le mode de communication privilégié

Souhaitez-vous recevoir les bulletins d'information du SNIA : par e-mail par courrier

Qualité ⁽²⁾: Infirmier Anesthésiste Cadre Cadre Supérieur
 Etudiant IA Enseignant Directeur d'école Retraité

Lieu d'exercice (nom et type d'établissement) :

Statut ⁽²⁾ : Public – Privé (précisez Conv. Coll.) :

Si vous êtes nouvel adhérent, cochez cette case :

Dans ce cas merci de nous transmettre les photocopies de votre D.E. d'infirmier et de votre diplôme d'IADE

Montant de la cotisation annuelle fixé en Assemblée Générale du 05.12.2015

Règlement par chèque à l'ordre du S.N.I.A ou en ligne sur www.snia.net

Pour toute facilité de paiement, nous contacter.

(1) Dans le cas où votre règlement aurait été effectué récemment, vous voudrez bien ne pas tenir compte du présent courrier

(2) Entourez la mention utile

Infirmer(e)s Anesthésistes
pour être informés,
représentés,
conseillés,

adhérez au :



www.snia.net

Syndicat National des Infirmiers Anesthésistes

157 Rue Legendre - 75017 PARIS

Tel. : 01.40.35.31.98

Fax : 01.40.35.31.95

e-mail : snia75@snia.net