



Bulletin d'Information du Syndicat National des Infirmiers Anesthésistes



- ✦ Consensus sur une proposition d'article concernant l'exercice IADE
- ✦ Point sur les réunions « grilles indiciaires »
- ✦ Gestion du saignement peropératoire : spécificités, de la prise en charge selon la famille d'anticoagulant concernée

En avril 2013, le CFAR a demandé au SNIA de s'associer au projet d'un service d'écoute et d'orientation destiné aux professionnels de l'anesthésie.



Ce service comprend :

- Un numéro vert où des professionnels de l'écoute sont à notre disposition pour nous aider et nous orienter.
- Des tests permettant de nous situer sur une échelle de fatigue, d'état d'anxiété, d'état dépressif, de notre sommeil, de harcèlement moral, de dépendances de toutes sortes, etc. Ces tests ont été mis au point par des addictologues.

C'est une solide indication pour savoir si nous sommes dans le vert, l'orange ou le rouge. C'est un signal d'alarme fiable.

Enfin, il faut savoir que tous les services proposés sont couverts par l'anonymat.

Être écouté un jour ça peut aider, et un professionnel qui va bien est un professionnel qui soigne bien.



Professionnels de l'Anesthésie Réanimation, être écouté ça peut aider

N° Vert 0 800 00 69 62

Appel gratuit depuis un poste fixe
Tarif selon opérateur depuis un téléphone mobile

→ Certains événements peuvent altérer votre bien-être, votre qualité de vie et votre exercice professionnel. → Si vous rencontrez des difficultés professionnelles ou personnelles (épuisement professionnel, conduites addictives, idées noires, isolement, situations de harcèlement, crises, perturbations dans la sphère privée...). → Un professionnel de l'écoute* vous répond de manière entièrement anonyme et confidentielle. Vous pouvez appeler à tout moment, dès que vous en ressentez le besoin, de votre lieu de travail ou de votre domicile.

*Psychologue clinicien diplômé titulaire du certificat de spécialisation en psychologie de la profession

Si besoin : une orientation secondaire personnalisée

- Vers un psychologue qualifié du réseau PSYA (ou tout autre thérapeute), au choix de l'appelant, pour une prise en charge plus approfondie,
- Vers un médecin traitant,
- Vers un réseau d'addictologie,
- Vers un service de santé au travail,
- Vers un contact syndical,
- ou toute autre ressource mise en place par le CFAR

7 jours
/ 7

24h
/ 24

Qui peut appeler ?

- Tout professionnel en anesthésie-réanimation (médecin, interne ou infirmier(e), du secteur public ou libéral),
- un proche, un conjoint, un collègue...

Psya est certifié AFAQ ISO 9001 pour son « Centre d'Ecoute Psychologique »

↘ Accessible par téléphone 24h/24 et 7j/7 un service d'écoute, de soutien et d'orientation est mis gratuitement à votre disposition par le Collège Français des Anesthésistes Réanimateurs

↗ www.cfar.org



À l'origine de ce service : les organisations composantes du CFAR et le SNIA

* Carte à détacher et à conserver

annonces CONGRES

4 et 5 novembre 2016 – ICAR

Ecole de Santé des Armées – 69675 BRON Cedex

E-mail : marie-therese.comarmond@chu-lyon.fr Site : <http://www.icarweb.fr>

Samedi 26 novembre 2016 – Congrès TOLO'S IADE

E-mail : tolosiade@gmail.com Site : <http://www.tolosiade.fr>

Vendredi 2 décembre 2016 – AFISAR – 25^{ème} journée d'enseignement

Centre de convention – Esplanade François Truffaut

77705 MARNE LA VALLEE

E-mail : virginie.clement@afisar.fr Site : <http://www.afisar.fr>

Samedi 28 janvier 2017 – Journée régionale Poitevine de formation IADE

Faculté de Lettres et de langues

1, rue Raymond Cantel – Bâtiment A3 – 86000 POITIERS

E-Mail : ciade86@gmail.com Site : <http://www.ciade86.com>

2, 3 et 4 février 2017 – Salon Secours Expo 2017

Parc des Expositions Porte de Versailles – Paris

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

17 et 18 mars 2017 – JEPu 2017

Palais des Congrès – Porte maillot – Paris

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

31 mai et 1 et 2 juin 2017 – Urgences 2017 – 11^{ème} congrès Sté Française de Médecine d'Urgence

Palais des congrès

2, place de la Porte Maillot – 75017 Paris

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

3 et 10 juin 2017 – 35^{ème} Congrès MAPAR

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

30 avenue Corentin Cariou – 75019 PARIS

Accueil au niveau S1 du Centre des Congrès

E-Mail : secretariat@mapar.org Site : <http://www.mapar.org>

15 au 18 juin 2017 – 6^{ème} Congrès International Douleur Neuropathique

Gothenburg SWEDEN

Site : <http://www.neupsig2017.kenes.com>

édito et sommaire

BONJOUR à TOUS.

Après de longs mois d'échanges, de discussions, de réunions de concertations et en accord avec le corps médical, les représentants IADE sont parvenus à modifier le texte du Code de la Santé Publique qui régit notre profession, à savoir le fameux article R 4311-12.

La nouvelle version est plus adaptée à la réalité de notre exercice sur le terrain et traduit clairement notre autonomie médicalement contrôlée.

La place de l'IADE en SMUR sera réellement confortée, ce qui était loin d'être gagné, souvenez-vous, il y a quelques temps.

Au jour où vous lirez ces quelques lignes, le texte aura été présenté au HCPP (Haut Conseil des Professions Paramédicales) pour avis avant d'être soumis à l'expertise de l'Académie de Médecine. Il faudra ensuite qu'il soit validé par le Conseil d'État pour pouvoir paraître au Journal Officiel et être appliqué.

Pour ce qui est du volet statutaire, nous récupérons un corps spécifique.

Mais pour ce qui est des revendications indicielles, nous étions encore très loin du compte début octobre et nous pouvions déjà dire que nous attaquions la dernière ligne droite.

En attendant, votre unique syndicat professionnel poursuit son petit bonhomme de chemin, parfois laborieusement faute de moyens humains.

C'est un outil qui s'est avéré essentiel dans l'évolution et la sauvegarde de notre profession depuis sa création.

Mais c'est à la profession de faire en sorte que cet outil soit toujours adapté pour être le plus efficace possible. Pour cela, il est indispensable que des IADE s'investissent bénévolement dans l'action syndicale du SNIA.

La défense de notre profession est l'affaire de tous.

Au SNIA, il n'y a qu'une salariée ; il s'agit de la secrétaire administrative que je remercie vivement pour son dévouement et ses initiatives toujours pertinentes.

Tous les autres œuvrent sur leur temps libre, souvent au détriment de leur vie privée.

La fin de l'année approche.

L'assemblée générale aura lieu le 03 décembre et j'espère que votre nom fera partie de la liste des candidats au conseil syndical.

Un nouveau bureau sera ensuite élu en début d'année 2017.

C'est peut-être le dernier édito de président que j'écris mais je tiens à dire que je ne regrette absolument rien, ou peut-être juste une chose :

Nous sommes environ 9700 IADE en France,
... Si seulement nous étions 9700 syndiqués...

Bonne fin d'année à toute la profession !

Jean-Marc SERRAT
Président SNIA
24 octobre 2016

BULLETIN N° 205 NOVEMBRE 2016

ANNONCES CONGRÈS

2

EDITO

3

ACTIVITÉS SYNDICALES

4

ARTICLES SCIENTIFIQUES

12

DOSSIER ANESTHÉSIE

16

DOSSIER CHIRURGIE

18

PRÉHOSPITALIER - URGENCES - RÉANIMATION

19

DOSSIER RÉANIMATION

21

TEXTES OFFICIELS

23

LES ANNONCES DE RECRUTEMENT

27

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.

MODIFICATION DES DISPOSITIONS RÉGLEMENTAIRES RELATIVES AUX IADE - SEPTEMBRE 2016

R.4311-12 actuel	R.4311-12 projet de modification
<p>L'infirmier ou l'infirmière, anesthésiste diplômé d'Etat, est seul habilité, à condition qu'un médecin anesthésiste-réanimateur puisse intervenir à tout moment, et après qu'un médecin anesthésiste-réanimateur a examiné le patient et établi le protocole, à appliquer les techniques suivantes :</p> <p>1° Anesthésie générale ;</p> <p>2° Anesthésie loco-régionale et réinjections dans le cas où un dispositif a été mis en place par un médecin anesthésiste-réanimateur ;</p> <p>3° Réanimation peropératoire.</p> <p>Il accomplit les soins et peut, à l'initiative exclusive du médecin anesthésiste-réanimateur, réaliser les gestes techniques qui concourent à l'application du protocole.</p> <p>En salle de surveillance postinterventionnelle, il assure les actes relevant des techniques d'anesthésie citées aux 1°, 2° et 3° et est habilité à la prise en charge de la douleur postopératoire relevant des mêmes techniques.</p> <p>Les transports sanitaires mentionnés à l'article R. 4311-10 sont réalisés en priorité par l'infirmier ou l'infirmier anesthésiste diplômé d'Etat.</p> <p>L'infirmier ou l'infirmière, en cours de formation préparant à ce diplôme, peut participer à ces activités en présence d'un infirmier anesthésiste diplômé d'Etat.</p>	<p>I. L'infirmier ou l'infirmière, anesthésiste diplômé d'Etat, sous le contrôle exclusif d'un médecin anesthésiste-réanimateur et sous réserve que ce médecin :</p> <p>1° Soit présent sur le site où sont réalisés les actes d'anesthésie ou la surveillance postinterventionnelle, et puisse intervenir à tout moment ;</p> <p>2° Ait préalablement examiné le patient et rédigé la stratégie anesthésique comprenant notamment le choix et les conditions de mise en œuvre de la technique d'anesthésie ainsi que les objectifs à atteindre ;</p> <p>est seul habilité à :</p> <p>1° Pratiquer les techniques suivantes :</p> <p>a) Anesthésie générale ;</p> <p>b) Anesthésie loco-régionale et réinjections dans le cas où un dispositif a été mis en place par un médecin anesthésiste-réanimateur ;</p> <p>c) Réanimation peropératoire ;</p> <p>2° Accomplir les soins et réaliser les gestes nécessaires à la mise en œuvre des techniques mentionnées aux a), b) et c) du 1° ;</p> <p>3° Assurer, en salle de surveillance postinterventionnelle, les actes relevant des techniques mentionnées aux a) et b) du 1° ;</p> <p>II. Dans le cadre des transports infirmiers interhospitaliers, l'infirmier ou l'infirmière anesthésiste est seul habilité à réaliser le transport des patients stables intubés, ventilés ou sédatisés.</p> <p>III. L'infirmier ou l'infirmière, anesthésiste diplômé d'Etat, sous le contrôle exclusif d'un médecin anesthésiste-réanimateur peut intervenir sur la prise en charge de la douleur postopératoire en pratiquant des techniques mentionnées au b) du 1°.</p> <p>IV. Les transports sanitaires mentionnés à l'article R. 4311-10 sont réalisés en priorité par l'infirmier ou l'infirmier anesthésiste diplômé d'Etat.</p>
	<p>Création de l'article R.4311-12-1</p> <p>L'étudiant ou l'étudiante, préparant le diplôme d'infirmier ou d'infirmière anesthésiste diplômé d'Etat, peut participer aux activités mentionnées aux articles R.4311-12 en présence d'un infirmier ou d'une infirmière anesthésiste diplômé d'Etat.</p>

R.6312-28-1 actuel	R.6312-28-1 projet de modification
<p>Le transport infirmier interhospitalier est organisé par les établissements de santé et réalisé soit par leurs moyens propres agréés, soit par des conventions avec des entreprises de transport sanitaire.</p> <p>Il est assuré, en liaison avec le SAMU, par une équipe composée d'un conducteur ou d'un pilote titulaire du titre délivré par le ministre chargé de la santé, et d'un infirmier qui intervient dans les conditions prévues à l'article R. 4311-7.</p> <p>Cette équipe peut être placée sous l'autorité d'un médecin responsable d'une structure de médecine d'urgence.</p> <p>L'organisation et le fonctionnement des transports infirmiers interhospitaliers font l'objet d'une évaluation annuelle.</p>	<p>Le transport infirmier interhospitalier est organisé par les établissements de santé et réalisé soit par leurs moyens propres agréés, soit par des conventions avec des entreprises de transport sanitaire.</p> <p>Il est assuré, en liaison avec le SAMU, par une équipe composée d'un conducteur ou d'un pilote titulaire du titre délivré par le ministre chargé de la santé, et d'un infirmier qui intervient dans les conditions prévues à l'article R. 4311-7.</p> <p>Pour les transports infirmiers interhospitaliers de patients stables intubés, ventilés ou sédatisés, l'infirmier composant l'équipe mentionnée à l'alinéa précédent est un infirmier ou une infirmière anesthésiste diplômé d'Etat.</p> <p>Cette équipe peut être placée sous l'autorité d'un médecin responsable d'une structure de médecine d'urgence.</p> <p>L'organisation et le fonctionnement des transports infirmiers interhospitaliers font l'objet d'une évaluation annuelle.</p>
Mise en cohérence des autres articles du code de la santé publique	
<p>Article D.6124-94</p> <p>L'anesthésie est réalisée sur la base d'un protocole établi et mis en oeuvre sous la responsabilité d'un médecin anesthésiste-réanimateur, en tenant compte des résultats de la consultation et de la visite préanesthésiques mentionnées à l'article D. 6124-92.</p> <p>Les moyens prévus au 2° de l'article D. 6124-91 permettent de faire bénéficier le patient :</p> <p>1° D'une surveillance clinique continue ;</p> <p>2° D'un matériel d'anesthésie et de suppléance adapté au protocole anesthésique retenu.</p>	<p>Article D.6124-94</p> <p>L'anesthésie est réalisée sur la base de la stratégie anesthésique établie et mis en oeuvre sous la responsabilité d'un médecin anesthésiste-réanimateur, en tenant compte des résultats de la consultation et de la visite préanesthésiques mentionnées à l'article D. 6124-92.</p> <p>Les moyens prévus au 2° de l'article D. 6124-91 permettent de faire bénéficier le patient :</p> <p>1° D'une surveillance clinique continue ;</p> <p>2° D'un matériel d'anesthésie et de suppléance adapté à la stratégie anesthésique retenu.</p>
<p>Article D6124-102</p> <p>Le protocole d'anesthésie ainsi que l'intégralité des informations recueillies lors de l'intervention et lors de la surveillance continue postinterventionnelle sont transcrits dans un document classé au dossier médical du patient.</p> <p>Il en est de même des consignes données au personnel qui accueille le patient dans le secteur d'hospitalisation. Elles font également l'objet d'une transmission écrite.</p>	<p>Article D6124-102</p> <p>Le la stratégie anesthésique ainsi que l'intégralité des informations recueillies lors de l'intervention et lors de la surveillance continue postinterventionnelle sont transcrits dans un document classé au dossier médical du patient.</p> <p>Il en est de même des consignes données au personnel qui accueille le patient dans le secteur d'hospitalisation. Elles font également l'objet d'une transmission écrite.</p>



COMPTE-RENDU DES RÉUNIONS 12 ET 13 SEPTEMBRE 2016

JOURNÉE DU 12 SEPTEMBRE

Fin des concertations sur l'exercice professionnel et sur le futur décret.

Tout d'abord, rappelons qu'initialement le ministère n'avait envisagé qu'un simple listage des pratiques que nous pourrions revendiquer, qu'elles soient anciennes ou nouvelles.

La parution d'un véritable décret rénové à la hausse et officialisant nos pratiques réelles de terrain a donc été obtenue.

Notre nouvel interlocuteur remplaçant Mme Lenoir-Salfati, M. Mathias Albertone, a tenu à rappeler à la fois le contexte et l'historique des réunions et notamment expliquer le pourquoi du retard des réunions qui avaient été annoncées pour l'été. Son explication est conforme à ce que nous en savons et les choses avançant, il n'y a pas lieu de s'appesantir.

Il a été de suite réaffirmé que l'exclusivité d'exercice en anesthésie-réanimation ne serait pas remise en cause et que le mot « *seul* » de l'expression « *est seul habilité à* » du décret resterait. Dont acte. Pour la suite, il n'est pas possible de communiquer à ce jour le projet de décret puisque des négociations entre les différents partenaires ayant eu lieu, les représentants souhaitent légitimement tous informer leur structure de leur évolution de position avant que le texte ne soit rendu public.

Mais surtout : une remise en forme du texte doit avoir lieu de même qu'une validation finale par les organisations et seule cette version sera proposée ensuite aux instances.

Pour autant, il est possible de dire que, pour l'anesthésie-réanimation, les IADE n'appliqueront plus, dans les textes, de simples protocoles mais suivront la stratégie anesthésique fixée par le MAR en CPA afin d'atteindre des objectifs.

Cela laisse, sans l'écrire en détail (pour éviter certains écueils mais aussi pour rester dans l'esprit de notre décret qui est un décret mission) une possibilité d'évolution non fixée comme dans un protocole et officialise le fait que l'IADE adapte seul (en lien avec le MAR) et constamment la situation.

C'est donc bien l'autonomie « encadrée » qui est reconnue ; autonomie dite « encadrée » comme toute autonomie, pour bien faire la différence avec l'indépendance qui, elle, est du domaine médical. Le reste du projet reprendra les fondamentaux du texte actuel en ajoutant une participation possible des IADE à la gestion de la douleur en post-opératoire, hors du bloc, différente de celle que font les IDE et dans le même esprit que le fonctionnement du bloc.

Il est important de souligner la réelle implication et le vrai soutien de l'ensemble des représentants MAR à la reconnaissance de l'autonomie de l'IADE, particulièrement quand la DGOS entendait, à but de précision juridique, limiter de fait celle-ci par un descriptif de la stratégie où le MAR cadrerait et fixait, dès la CPA, les évolutions possibles.

Pour les vieux IADE présents, il leur a semblé retrouver le sentiment d'appartenance commune à une spécialité médicale dans le respect mutuel notamment des fonctions et rôles de chacun.

POUR LE PRÉ-HOSPITALIER

Pas de régression et donc la priorisation des IADE pour la composition des équipes SMUR est maintenue. Est, en revanche, ajoutée la possibilité aux seuls IADE de prendre en charge un patient stable intubé, ventilé ou sédaté dans le cadre des TIH.

Bien que dans beaucoup d'endroits cela se fasse déjà, c'est une charge supplémentaire pour les IADE des SMUR, particulièrement à l'aube des GHT. Mais c'est aussi la garantie de la pérennisation de la présence d'IADE dans les SMUR et de la reconnaissance de ses compétences spécifiques, chose qui semblait très fortement compromise au début des discussions.

À noter que le représentant de SAMU-Urgences de France a eu des propos apaisants, mettant notamment en avant la qualification des IADE qui seuls, pour lui, étaient en capacité d'effectuer ce type de missions (les TIH de patients lourds) et d'apporter une vraie sécurité aux patients. Une page semble donc tournée sur les tensions du passé.

Comme cela se constate déjà très majoritairement et depuis l'arrivée des premiers médecins urgentistes sur le terrain, une collaboration étroite entre cette nouvelle spécialité médicale et les IADE qui n'ont pas voulu abandonner un champ d'exercice qui est le leur depuis la création des SMUR, a toutes les chances de prospérer.

AU FINAL

La version définitive du décret devrait être envoyée aux organisations sous quinzaine et après validation de tous mais aucune modification de fond ne doit intervenir.

Nous vous la communiquerons aussitôt.

Le décret devra ensuite passer au HCPP et à l'Académie de Médecine puis enfin au Conseil d'État pour une publication au J.O. au mieux en début d'année ou au printemps.

Ce temps est long mais habituel et incompressible. Mais une fois la machine lancée, elle ira jusqu'au bout.

JOURNÉE DU 13 SEPTEMBRE

Ouverture le matin de la négociation statutaire et salariale dans la FPH. Cette première réunion a permis de rappeler le contexte.

Les discussions sur les soi-disant avancées de 2012 et 2015 issues du protocole « Bachelot » ont été écourtées pour ne discuter que de l'écart abyssal entre la reconnaissance statutaire et financière des IADE et celle des autres professions de même niveau d'étude et/ou de responsabilité dans les trois fonctions publiques. Il a été rappelé :

- Le problème des IADE dit « actifs » et de la scission de la profession qui s'oppose à la règle : même travail = même salaire.
- Le scandale que représente la non-reconnaissance de la pénibilité de l'exercice IADE.
- Le problème de l'encadrement des IADE qui devrait être obligatoirement issu du corps IADE. Cette demande est portée par l'ensemble des organisations présentes mais elle avait été soutenue la veille par l'ensemble des représentants MAR.
- Que les contraintes statutaires ou des règles établies au sein des fonctions publiques ne sauraient faire obstacle aux légitimes prétentions des IADE. Il y a toujours un chemin possible.
- Que les IADE exigeaient une grille de rémunération linéaire aux bornages indiciaires conformes aux responsabilités anciennes et nouvelles, qui doit s'envisager comme tout à fait comparable au A type (psychologues, AAH, professeurs des écoles, CPE, ...).

Au final, l'ensemble des revendications a été porté y compris le problème des gardes soulevé par SUD-Santé.

La DGOS a écouté avec beaucoup d'attention, ne paraissant pour le moment fermée à aucune option par principe mais rappelant les difficultés budgétaires et statutaires.

Elle a mis en avant ce qui nous avait déjà été annoncé par le cabinet de Mme Touraine soit :

- L'accélération pour les IADE du protocole dit PPCR qui normalement s'étale jusqu'en 2020.
- La récupération du corps des IADE pour la FPH.
- Il a été convenu de se retrouver le 06 octobre pour que ces propositions (parfois complexes à construire au vu de nos demandes ambitieuses) et nécessitant l'arbitrage de la DGFP nous soient présentées.

L'intersyndicale, vu l'apparente écoute de la DGOS et du cabinet ainsi que la bonne dynamique engagée, a décidé de ne pas appeler à manifester ou entrer en grève.

Il va de soi que si le 06 octobre, les propositions n'étaient pas à la hauteur des attentes, un conflit dur sur tous les fronts serait lancé avec notamment un soutien réciproque possible avec les autres professions Master ou bac+5 de la santé également en conflit actuellement.

Le 13 après-midi, se tenait une grande réunion d'information générale sur le PPCR. Un représentant IADE y était présent pour son organisation.

En plus de valider les chiffres donnés le matin par la DGOS à la délégation IADE, cela a révélé la difficulté de la récupération du corps IADE et du choix des options possibles. Cette décision sera menée.

POUR CONCLURE

- Prochain contact dès validation définitive du projet de décret.
- Le 06 octobre, réunion au ministère pour la présentation des propositions du ministère.
- ...Et dès qu'il y a du neuf...

En attendant, préparons-nous, si cela était nécessaire, à un grand mouvement sur tous les fronts notamment politique.

Paris, le 15 septembre 2016



DÉCLARATION LIMINAIRE DU SYNDICAT NATIONAL DES INFIRMIER(E)S-ANESTHÉSISTES, À LA SÉANCE DU HCPP LE JEUDI 22 SEPTEMBRE 2016

Amendement du projet d'ordonnance relative à « la formation des professionnels de santé et l'harmonisation et la sécurisation de la procédure de reconnaissance des qualifications professionnelles obtenues dans un État membre de l'Union Européenne »

Comment parler de sécurisation optimale quand on envisage un accès partiel à une profession de santé ? Le diplôme d'infirmier-anesthésiste n'est pas accessible par le biais de la VAE mais l'exercice le deviendrait partiellement en passant par une autre porte !

L'anesthésie est une activité à haut risque, celle-ci demande aux infirmiers une formation de deux années supplémentaires débouchant sur un diplôme d'État, niveau master. Celle-ci est possible après un concours dont 75 % des candidats, qui sont déjà des professionnels de santé, sont repoussés.

La profession d'IADE comporte plusieurs champs de compétences qui sont intriqués, ce qui en fait une profession de haut niveau dans notre pays.

Cette spécialisation n'a pas d'égal au niveau de la communauté européenne. La profession d'infirmier-anesthésiste n'est pas sécable.

Lors des dernières réunions sur l'exercice IADE avec les médecins anesthésistes-réanimateurs, des propositions ont été refusées alors qu'elles sont légions sur certains sites sous le prétexte qu'elles ne correspondaient pas aux bonnes pratiques de l'anesthésie.

Dans ce cas, il est impossible de valider un exercice partiel de la spécialisation en anesthésie sans prendre le risque de voir ici et là des pratiques encore plus dangereuses ne permettant pas de garder ce haut niveau de sécurité qui caractérise notre spécialité.

Ce haut niveau de formation a permis de faire baisser la mortalité péri-opératoire de façon drastique ces dernières décennies.

Nous ne pouvons pas concevoir de procédures dites dégradées concernant la sécurité et la qualité de la prise en charge des patients en anesthésie.

Le SNIA demande que soit abandonnée définitivement la possibilité d'autorisation d'un exercice partiel d'IADE et que la profession d'infirmier-anesthésiste soit retirée du projet d'ordonnance.

Paris, le 22 septembre 2016



LE 6 OCTOBRE S'EST TENUE LA DEUXIÈME JOURNÉE DE NÉGOCIATION OFFICIELLE SUR LA RÉMUNÉRATION ET LE STATUT DES IADE DE LA FPH

Siégeaient les organisations membre du CSFPH (conseil supérieur de la fonction publique hospitalière) soit CGT, FO, UNSA Santé & Sociaux, SUD et CFTD.

L'intersyndicale IADE reste Unie dans cette phase décisive du mouvement social IADE. UNSA, FO et CGT sont en lien constant avec le syndicat professionnel (SNIA).

LA VEILLE ÉTAIT PARVENU LE PROJET FINAL AVANT PRÉSENTATION AU HCPP (HAUT CONSEIL DES PROFESSIONS PARAMÉDICALES)

Il signe une forte avancée de la reconnaissance légale des pratiques réelles des IADE.

Entre autre, dans ce texte :

⇒ Les IADE « n'appliquent » plus, sans marge de manœuvre, de simples protocoles mais dès lors que le patient a été évalué par le MAR qui aura déterminé la stratégie anesthésique et les objectifs à atteindre, ils « pratiquent » l'anesthésie de façon autonome encadrée (comme toute autonomie). Comme aujourd'hui, un MAR devra être présent sur le site.

Ces changements ne sont pas que sémantiques. Ils ouvrent la voie au positionnement des IADE au moins à l'égal des futurs infirmiers de pratique avancée.

A ce sujet le Ministère a annoncé qu'était programmée l'intégration de l'exercice IADE dans le cadre de la démarche de pratique avancée rejoignant enfin ainsi l'esprit qui était celui de l'ensemble des parlementaires lors du vote de l'Art. L. 4301-1 du code de la santé

Autre avancée, la définition d'un nouveau rôle dans le cadre de la gestion de la douleur postopératoire hors du plateau technique

Pour le secteur de l'urgence pré-hospitalière rien n'est changé dans le décret et c'est déjà une très bonne nouvelle.

En revanche est ajoutée pour les TIH (transports infirmiers inter hospitaliers) l'exclusivité de compétence des IADE pour les transports de patients intubés, ventilés ou sédatisés.

Ce nouveau domaine d'exercice et de compétence exclusif est le deuxième que les IADE obtiennent depuis 1988.

C'est donc alors qu'il y a quelques semaines encore, la profession voyait s'enclencher son apoptose, un renforcement des

textes réglementaires qui enracinent les IADE comme les seuls paramédicaux spécialisés de l'anesthésie-réanimation, de l'urgence pré hospitalière et des transports inter hospitaliers

Tout le monde s'accorde à dire que c'est notre exclusivité d'exercice qui a sauvé la profession... la définition d'un nouveau domaine en exclusivité ne peut être sous-estimée.

Il convient de souligner le total investissement de l'intégralité des organisations « MAR » à nos côtés... Comme le fait que les Organisations d'Urgentistes ont su, par la voix de la seule organisation présente et parlant en leur nom, entrouvrir une porte qui s'était fermée.

Sur ce dernier sujet, une page semble donc tournée et les IADE, paramédicaux historiques des SAMU- SMUR qui ont bien compris l'indépendance nouvelle de la spécialité de médecine d'urgence, sauront être les collaborateurs précieux des Urgentistes dans les SAMU-SMUR et pour les TIH comme ils le sont depuis l'origine des SMUR pédiatriques pour les pédiatres.

Ce texte sera présenté pour avis au HCPP (haut conseil des professions paramédicales) le 27 octobre (cette instance a reçu les documents le 12 octobre) ce qui prouve la volonté du ministère d'aller vite. Un passage en fin d'année devant l'académie de médecine (d'où l'intérêt de travailler en bonne intelligence avec les organisations médicales, ce qui a pris un certain temps) et au Conseil d'État suivra.

Il est raisonnable de penser que le texte final sera publié au journal officiel en début d'année 2017 ou au début du printemps.

Les bases d'une vraie reconnaissance réglementaires sont donc posées et la machine étant lancée, rien ne l'arrêtera plus.

Pour autant qu'en est-il de la reconnaissance financière et statutaire au sein de la FPH (en n'oubliant pas les IADE des autres secteurs) qui avec sa survie et son renforcement statutaire est la principale revendication de la profession ?

Le 6 octobre, lors de la deuxième réunion de négociation officielle, le ministère a soufflé le chaud et surtout le froid ce qui a donné au total une météo bien tourmentée sur la salle de réunion.

LE CHAUD

- Annonce du fait que les avancées concerneraient de façon équitable les IADE restés en actif et les « sédentaires » (le nouveau corps de 2010).
 - Maintien pour la nouvelle grille d'une architecture à deux grades sans quota ni ratio promu-promouvable (nous souhaitons cependant une grille unique et linéaire pour tous les **IADE « cliniciens »**).
 - Pas d'allongement de la carrière.
 - Annonce d'une revalorisation indiciaire comme indemnitaire au-delà du PPCR sur la justification d'une nouvelle reconnaissance professionnelle et de missions supplémentaires portées par le nouveau décret.
 - Reconnaissance d'une garde IADE paramédicale à l'instar de la garde médicale MAR ou Urgentiste.
- Et comme déjà dit intégration de l'exercice des IADE dans le cadre de la pratique avancée.

LE FROID

- Chiffage de l'augmentation indiciaire moyenne à 15 points d'indice (soit moins que la prime Bachelot en 2010) qui serait de plus répartie inégalement en ciblant les premiers échelons des 2 grades.
- L'annonce « d'un plus » supplémentaire mais indéfini et par la voie indemnitaire (une prime nouvelle ou une augmentation de la prime IADE actuelle).
- Un calendrier PPCR qui ne sera finalement pas avancé.

LE BROUILLARD

- Quid du nouveau corps promis ?
- Quid de notre encadrement et du positionnement de nos cadres ?
Mais aussi :
- Quid de la pénibilité dont, rappelons-le, seuls les fonctionnaires seront exclus (à l'exception de ceux classés en actif s catégorie dont l'ensemble de la filière infirmière, pourtant exposée à de forts critères, a été la seule à être virée sans ménagement par Bachelot sans que le gouvernement actuel ne rectifie cette injustice).

Le ministère a pris acte de notre refus devant ce décevant embryon de propositions et a noté nos demandes et pistes pour trouver une solution.

Un troisième rendez-vous a été fixé **le 27 Octobre 2016 à 9h30**.

Nous ne perdrons pas de temps si les propositions étaient ce jour-là de la même teneur que celles du 6 octobre ou si certains marqueurs forts de nos demandes n'étaient pas compris et concrétisés.

AU FINAL

- Une besace vide ! :

Le ministère **qui semble attendre de savoir de quoi les IADE sont capables** n'avait au fond rien à proposer sauf « 15 points d'indice » qui plus est « **en moyenne** » ce qui promet trop peu mais ouvre aussi la porte à tous les bidouillages possibles alors que l'IS IADE avait bien revendiqué un

dispositif simple et lisible relevant seulement d'un glissement en bloc des indices vers le haut ET leur positionnement sur une grille unique pour les IADE « cliniciens » avec des bornages conformes au vrai A type.

C'EST EVIDEMMENT INACCEPTABLE !

C'est d'autant plus inacceptable que le ministère a reçu les propositions novatrices de l'IS IADE qui permettraient de faire tomber toutes les pseudo-difficultés (en termes de comparabilité des corps ou de respect de la hiérarchie des grilles) dont il prétend qu'elles s'opposeraient à la satisfaction des légitimes revendications des IADE.

Alors que ce gouvernement stigmatise sans cesse les organisations syndicales quand il s'agit pour elles de ne pas accepter la dégradation des conditions de vie et d'exercice des professionnels comme de la qualité des soins donnés aux patients, le ministère se cache derrière des arguments de pure forme ancrées dans un total immobilisme et conservatisme ceci afin de ne pas offrir leur légitime dû aux IADE et de ne pas tenir ses engagements.

POURTANT, LES IADE

- ✓ **Ont joué le jeu de la concertation et du dialogue.**
- ✓ **Ont pris le temps de renouer avec les organisations médicales, de faire des propositions novatrices et vertueuses pour l'économie du système de santé mais aussi positives pour nos patients.**
- ✓ **Ont travaillé en concertation pour obtenir un décret avec des avancées historiques et de nouvelles missions.**

AUJOURD'HUI, LES IADE

- Sont régis par un décret dit « mission » unique pour une profession paramédicale.
- Sont à bac plus 5 depuis plus de 45 ans, et sont (avec les orthophonistes) les seuls paramédicaux gradués master... mais ils sont rémunérés moins que beaucoup de BAC plus 3.
- Sont en catégorie A de la FPH depuis le début du siècle mais bénéficient toujours d'une grille nommée avec mépris « petit a ». Grille réservée aux corps soignants à fort taux de féminisation et subissant de fortes sujétions.
- Ont été reconnus dans la concertation sur l'exercice professionnel ouverte à l'initiative du ministère lui-même, comme des paramédicaux de pointe ayant une autonomie spécifique exercée en parfaite harmonie avec les médecins.
- Ont accepté de nouvelles missions à haute responsabilité en pleine autonomie.
- ...Missions vecteurs d'importantes économies pour notre système de santé.
- Ont vu la reconnaissance de la pénibilité de leur exercice volée par Mme Bachelot et jamais rendue par ce gouvernement.
- **Sont pénalisés par des salaires sans lien avec leur niveau d'étude et de responsabilité. Salaires parfois inférieurs de plus de 700 à 900 euros mensuels par rapport à beaucoup d'autres professions à bac plus 5 (voir bac plus 3 !) des 3 fonctions publiques !**

La France rémunère mal ses paramédicaux infirmiers comme le démontre le classement de l'OCDE de 2013 qui la place en queue de peloton des pays membres (entre la Slovaquie et la Hongrie).

Il est temps que ça change et que l'on parle AUSSI des paramédicaux. Nous ne devons pas vivre une troisième campagne électorale ou l'offre de soins et ses soignants seront passés sous silence et ou la santé sera abordée uniquement sous l'angle d'une « charge ».

*Il est temps pour les IADE de démontrer que
s'ils peuvent concerter,
négocier, dialoguer, construire, proposer*

*ils peuvent aussi, quand tout porte à croire
qu'on se moque d'eux*

MOBILISER !

L'IS IADE appelle donc les IADE à se mobiliser fortement le 8 novembre et à emmener avec eux un maximum de collègues des autres professions (filière soins et autres professions de santé à bac plus 5) dans les manifestations régionales et à Paris.

Une date nationale spécifique IADE sera proposée sous peu mais il est essentiel dans cette toute dernière ligne droite de notre long mouvement
de se mobiliser fortement et sans réserve à
chaque appel.

Jusqu'à présent, l'IS IADE a économisé vos forces.

LE GRAND RENDEZ-VOUS IADE, C'EST MAINTENANT !

Il est temps dès aujourd'hui de tout donner avec force et conviction partout sur le territoire !

- Le 8 novembre dans vos régions ou à Paris (cf. : appel spécifique de l'IS IADE).
- A la future date de mobilisation nationale spécifique IADE qui suivra sous peu.

NOUS AVONS JOUÉ LE JEU DE LA
CONCERTATION, MAIS NOUS AVIONS PRÉVENU :
L'INJUSTICE EST FLAGRANTE...
NOS DEMANDES SONT LEGITIMES ...

NOUS NE LÂCHERONS RIEN !

ASSEMBLEE GENERALE

SAMEDI 3 DECEMBRE 2016

DE 13H30 À 16H00

SIÈGE NATIONAL DU SNIA

157, RUE LEGENDRE - 75017 PARIS

MÉTRO : GUY MÔQUET, BROCHANT, OU LA FOURCHE (LIGNE 13)



*L'annonce de l'assemblée générale ne vaut pas convocation, celle-ci sera envoyée ultérieurement

GESTION DU SAIGNEMENT PEROPÉRATOIRE : SPÉCIFICITÉS DE LA PRISE EN CHARGE SELON LA FAMILLE D'ANTICOAGULANT CONCERNÉE

C. RODRIGUEZ, P. ALBALADEJO

I. Points essentiels

- Le principal facteur de risque de saignement peropératoire n'est pas la présence d'anticoagulants.
- Les anticoagulants peuvent contribuer à l'importance d'un saignement peropératoire.
- La réversion de l'action anticoagulante d'un médicament dépend du mécanisme pharmacologique de celui-ci.
- L'héparine non fractionnée est reversée par la protamine, mais l'action anticoagulante des héparines à bas poids moléculaire n'est que partiellement reversée par la protamine.
- La réversion des AVK repose sur l'utilisation de la vitamine K et des concentrés de complexes prothrombiniques (CCP).
- La réversion des AOD est plus complexe et repose sur l'administration de fortes doses de CCP activés ou non activés.
- Des antidotes spécifiques des AOD sont en cours de développement.
- Un antidote universel (sauf pour les AVK), appelé PER977 (pérosphère) est en cours de développement.
- Compte tenu de l'augmentation du risque hémorragique, l'administration d'antifibrinolytique (acide tranexamique) est d'autant plus justifiée.

II. Introduction

De nombreux anticoagulants sont actuellement disponibles. Les héparines et les antivitamines K sont connus depuis longtemps et leur gestion bien maîtrisée de tous. En revanche, les anticoagulants oraux directs (AOD) sont apparus sur le marché en 2008 et représentent plus de 30 % des prescriptions d'anticoagulants en France. De plus

ces médicaments n'ont pas encore d'antidote, et pour le moment le dosage plasmatique (seul test spécifique) n'est pas disponible dans tous les centres. Tout ceci induit une réflexion autour de leur prise en charge, par rapport aux risques hémorragique et thrombotique du patient, à la chirurgie et à l'urgence.

III. Familles d'anticoagulants

Les héparines et les antivitamines K sont deux grandes classes d'anticoagulants bien connus. Les tests sanguins pour mesurer leur efficacité sont disponibles partout. Tous deux peuvent être reversés facilement, les traitements et les dosages sont bien codifiés. En revanche, les anticoagulants oraux directs sont plus récents. Les tests pour mesurer leur efficacité ne sont pas toujours disponibles, et les médicaments antagonistes sont en cours de développement. De ce fait, il est important de réfléchir à la prise en charge des patients sous AOD (Tabl. I).

III.1 Héparines

L'héparine non fractionnée (HNF) ou les héparines de bas poids moléculaires (HBPM) sont des anticoagulants de courte durée d'action. L'efficacité de l'héparine ou l'efficacité de sa réversion peuvent s'effectuer en laboratoire par le TCA (temps de céphaline activé), ou en instantané par l'ACT (*activated clotting time*). Tous deux sont facilement disponibles.

L'HNF reste la stratégie d'anticoagulation de référence en raison de nombreux atouts : son coût peu élevé, son délai d'action rapide, sa durée de vie courte, sa facilité de titration et de monitoring, sa réversion rapide par la protamine, et l'absence de nécessité d'adaptation à la fonction rénale du patient. Cela lui confère une grande maniabilité rendant son utilisation facile, notamment à l'approche d'une chirurgie.

Tableau I

Principaux anticoagulants utilisés en pratique

Anticoagulants	DCI	Examens biologiques	Stratégies de réversion
HNF	Héparine	TCA ACT Activité anti-Xa (HNF)	Protamine : dose en fonction de la dose d'héparine et du délai avec la dernière injection
HBPM	Enoxaparine, tinzaparine, dalteparine, nadroparine	Activité anti-Xa (HBPM)	Protamine partiellement efficace
AVK : • Préviscan [®] • Coumadine [®] • Sintrom	Fluidone Warfarine Acénocoumarol	INR	Vitamine K : 10 mg + CCP : 25 UI/kg
AOD : • Xarelto [®] • Pradaxa [®] • Eliquis [®] • Lixiana [®]	Rivaroxaban Dabigatran Apixaban Edoxaban	Dosage plasmatique	CCP : 50 UI/kg ou FEIBA : 30-50 UI/kg

Cependant l'HNF pose le problème de la variabilité de réponse individuelle, de résistance à l'héparine, et du développement d'anticorps antifacteur 4 plaquettaire (Ac anti-pf4) pouvant conduire à des thrombopénies induites par l'héparine. Malgré tout, cela ne l'empêche pas de rester l'anticoagulant de référence lors d'une intervention de chirurgie cardiaque, où il est utilisé pour obtenir une anticoagulation optimale, indispensable pour prévenir la formation de caillots dans le circuit de circulation extracorporelle (CEC) ainsi que les complications thromboemboliques.

En cas de surdosage, un antagoniste est disponible : le sulfate de protamine. Il n'est pas dénué d'effets indésirables : notamment hémodynamiques (hypotension, bradycardie, vasodilatation périphérique, vasoconstriction pulmonaire, œdème pulmonaire non cardiogénique...), ou anaphylactiques. La présence de perturbations hémodynamiques après l'administration de protamine comme réversion de l'héparine lors de la chirurgie cardiaque sous CEC a été associée à un taux de mortalité accrue. La posologie de protamine dépend de la dose initiale et du délai par rapport à la dernière administration d'héparine.

Les HBPM sont largement utilisés dans le cadre de la prévention mais aussi du traitement des maladies thromboemboliques veineuses. En raison d'un métabolisme rénal et du risque d'accumulation lors des traitements au long cours, ils sont volontiers contre-indiqués. Le monitoring de leur activité anticoagulante repose sur la mesure de l'activité anti-Xa, alors qu'ils ont une activité anti-IIa et anti-Xa (en proportion variable). Leur action est partiellement reversée par la protamine. En pratique, la réversion des HBPM est très rarement proposée.

III.2 Antivitamines K

Les antivitamines K (AVK) sont des anticoagulants à demi-vie longue (supérieure à 24 heures) avec une grande variabilité interindividuelle. L'équilibre thérapeutique n'est atteint qu'à partir de 5 jours. L'INR a été validée spécifiquement pour mesurer l'efficacité anticoagulante des AVK. Il constitue la mesure de référence et permet aussi de mesurer sa réversion. Ce test est très facilement disponible, y compris sous la forme d'un dispositif de biologie délocalisé.

Lorsqu'un patient doit bénéficier d'une chirurgie programmée, le délai d'arrêt de l'AVK et le relais par une héparine sont très bien codifiés. Dans ses recommandations de 2008, l'HAS considère qu'en dessous d'un INR à 1,5 (et 1,2 pour la neurochirurgie), il n'y a pas de majoration des complications hémorragiques en péri-opératoire. Si le risque thrombotique du patient le justifie, un relais à l'héparine doit être proposé.

En revanche, lors d'une chirurgie en urgence, ou d'une hémorragie grave, il y a deux médicaments disponibles pour reverser immédiatement l'action anticoagulante des AVK : la vitamine K et les concentrés de complexe prothrombinique (CCP). Les recommandations de l'HAS proposent un monitoring rapide de l'INR et une administration de 10 mg de vitamine K par voie intraveineuse ou orale, associée à l'administration concomitante de CCP à 25 UI/kg.

III.3 Anticoagulants oraux directs

III.3.1 Médicaments

Il existe quatre anticoagulants oraux directs (AOD), appelés aussi nouveaux anticoagulants oraux (NACO). Il y a les anti-Xa directs : rivaroxaban (Xarelto®), apixaban (Eliquis®), edoxaban (Lixiana®, non encore commercialisé), et un anti-thrombine : dabigatran éxétilate (Pradaxa®).

Actuellement, il n'y a pas d'antidotes commercialisés puisqu'ils sont en cours de développement. En l'absence de réversion possible et de recommandation, le Groupe d'intérêt en hémostase péri-opératoire (GIHP) a fait des propositions de prise en charge.

III.3.2 Pharmacocinétique

Les AOD ont une demi-vie théoriquement courte, puisque 75 % du produit est éliminé après 24 heures et 87 % après 36 heures. En revanche, il existe une forte variabilité interindividuelle, et la concentration circulante de l'OAD dépend du sexe, de l'âge, du poids « extrême », des fonctions rénale et hépatique mais aussi des comédications.

Des dosages spécifiques permettent d'aider la prise en charge des patients. Il s'agit de mesurer la concentration plasmatique de l'OAD. Le seuil de sécurité, qui correspond à la concentration plasmatique résiduelle acceptable pour la réalisation d'un geste invasif à risque hémorragique, a été proposé pour le dabigatran et le rivaroxaban à 30 ng/mL. Malheureusement ceux-ci ne sont pas disponibles dans tous les centres. Les tests de coagulation standard n'ont qu'une valeur prédictive négative, assez relative, car ils sont peu sensibles aux variations de concentration plasmatique de l'AOD.

III.3.3 Risque hémorragique lié aux AOD

Le risque hémorragique d'un patient sous AOD est comparable à celui d'un patient sous AVK. Néanmoins les hémorragies graves n'ont pas toutes les mêmes conséquences, notamment dans le cas de l'anticoagulation pour une fibrillation auriculaire. En effet, dans ce cas, les AOD réduisent l'incidence des hémorragies intracrâniennes.

III.3.4 Moyens de prise en charge d'une hémorragie chez un patient traité par AOD

En l'absence d'antidote commercialisé, plusieurs stratégies ont été explorées pour la prise en charge d'une hémorragie chez un patient traité par AOD :

- la dialyse n'a d'intérêt que pour le dabigatran qui a un métabolisme et une élimination essentiellement rénale (80 %), ainsi qu'un faible taux de liaison aux protéines plasmatiques. Elle permet une diminution de 40 à 60 % de la concentration plasmatique en 4 heures ;
- le charbon actif permet de limiter l'absorption des AOD et semble avoir un effet prolongé ;
- les deux agents hémostatiques proposés sont les concentrés de complexe prothrombotique non activés (CCP, ou ancien PPSB) et le concentré de complexe prothrombotique activé (*factor eight inhibitor bypassing activity*, FEIBA). Ces médicaments ne modifient pas l'élimination des AOD et ne corrigent que partiellement les anomalies biologiques de l'hémostase induites par les AOD.

Aujourd'hui, dans cette indication, ni l'efficacité, ni la sécurité, ni les conditions d'utilisation (dose, rythme, surveillance biologique) de ces médicaments prothrombotiques ne sont connues. Compte tenu du risque thrombotique induit par ceux-ci, on ne doit les utiliser que lors d'hémorragies de pronostic vital engagé ou fonctionnel immédiat et en aucun cas en prophylaxie comme pour antagoniser des AVK.

III.3.5 Stratégie de prise en charge selon la gravité de l'hémorragie associée aux AOD

Dans toutes circonstances, il est important de recueillir l'heure de la dernière prise de l'AOD, la dose, le nombre de prise par jour auprès du patient, d'obtenir la clairance à la créatinine et doser spécifiquement l'AOD.

On distingue plusieurs situations :

- l'hémorragie dans un organe critique (intracérébrale ou intraoculaire) : il faut utiliser d'emblée le FEIBA à 30-50 UI/kg ou CCP à 50 UI/kg ;
- l'hémorragie grave (hors cas précédents) : il faut privilégier un geste hémostatique. Si la concentration plasmatique d'AOD est inférieure à 30 ng/mL, elle n'entraîne pas d'antagonisation. En revanche, si la concentration plasmatique d'AOD est supérieure à 30 ng/mL et que le traitement conventionnel ne suffit pas, il est nécessaire de discuter l'antagonisation avec le FEIBA à 30-50 UI/kg ou le CCP à 25-50 UI/kg ;
- l'hémorragie non grave : prise en charge symptomatique et pas d'antagonisation en première intention.

IV. Mesures générales de gestion du risque hémorragique peropératoire

En cas d'hémorragie grave ou lors d'une chirurgie à haut risque hémorragique, quel que soit le traitement anticoagulant pris par un patient, les mesures générales d'épargne transfusionnelles sont à mettre en place. La balance entre le risque hémorragique et le risque thrombotique est importante à évaluer, et les mesures visant à diminuer la transfusion sanguine sont à prendre.

IV.1 Balance risque hémorragique et risque thrombotique

Tout d'abord, il est important de déterminer si la situation est à faible ou fort risque hémorragique. Cela dépend du terrain du patient (antécédents, coagulopathie congénitale ou acquise, présence d'autres médicaments interférents avec l'hémostase), et de la procédure (induisant peu de saignement, de faible intensité, aisément contrôlable ou au contraire une intervention invasive à risque hémorragique modéré ou élevé).

Ensuite, il est essentiel d'évaluer le risque thrombotique en cas d'arrêt des anticoagulants afin de déterminer s'il est nécessaire de mettre en place un relais avec des héparines :

- ce risque est élevé si le patient a des antécédents de fibrillation auriculaire avec accident vasculaire cérébral ischémique (transitoire ou permanent) ou embolie systémique, embolie pulmonaire ou thrombose veineuse

profonde (datant de moins de 3 mois), et la maladie thromboembolique idiopathique (avec deux accidents, dont au moins un sans facteur déclenchant) ;

- ce risque est modéré si le patient a des antécédents de fibrillation auriculaire sans accident vasculaire cérébral, ni embolie systémique ; le patient doit bénéficier d'un relais avec un autre anticoagulant pour diminuer la fenêtre de couverture et ainsi diminuer le risque de thrombose.

IV.2 Limitation du saignement

L'hémostase chirurgicale doit être parfaite et le patient doit être en normothermie afin de ne pas inhiber les facteurs de coagulation.

IV.3 Mesures d'épargne transfusionnelles

Dans le cas de chirurgie programmée à haut risque hémorragique et si le patient est sous anticoagulant, il est important de déterminer une stratégie d'épargne transfusionnelle. L'utilisation de la transfusion de sang autologue ou la mise en place de *cell-saver* peuvent alors être décidées au préalable. Lors de la prise en charge en urgence d'un patient traité par anticoagulant en choc hémorragique grave, le *cell-saver* doit, dans la mesure du possible, être utilisé afin d'épargner au maximum la transfusion de culot globulaire.

IV.4 Antifibrinolytique

Dans certains cas, l'utilisation de l'acide tranexanique (Exacyl®) peut être justifiée pour limiter la transfusion de facteurs de coagulation.

V. Chirurgie et anticoagulants oraux directs

Il faut porter une attention particulière aux risques thrombotique et hémorragique du patient afin d'adapter au mieux la prise en charge. Compte tenu de l'absence d'antidote, la variabilité de métabolisation et d'élimination des anticoagulants par le patient, ainsi que le dosage de l'AOD qui n'est pas toujours disponible et l'absence de recommandation, le GIHP fait les propositions suivantes dont voici le raisonnement.

V.1 Balance risque hémorragique et risque thrombotique vis-à-vis du patient traité par AOD

La balance entre le risque hémorragique et le risque thrombotique dans la prise en charge peropératoire est très difficile. En effet, il n'existe aucune recommandation forte à l'heure actuelle et l'expérience en la matière est faible. Pour ces deux risques mis en balance, le GIHP s'est inspiré des recommandations pour la pratique clinique (RPC) des AVK et fait des propositions de prise en charge péri-opératoire (voir *supra*).

Compte tenu de l'augmentation du risque hémorragique du patient traité par AOD et le monitoring de son efficacité peu accessible, l'administration d'antifibrinolytique (acide tranexamique) est d'autant plus justifiée.

Il faut noter que pour le moment les patients porteurs de valves mécaniques sont à risque thromboembolique élevé mais ne sont pas concernés par les AOD.

V.2 Chirurgie programmée et risque hémorragique faible

C'est la situation la plus simple puisque quel que soit le risque thrombotique, la prise en charge consiste à arrêter l'AOD la veille de l'intervention (J - 1) et de le reprendre à la posologie habituelle le lendemain (J + 1).

V.3 Chirurgie programmée et risque hémorragique modéré ou élevé

L'essentiel pour le patient est d'être pris en charge dans des conditions de sécurité vis-à-vis des risques hémorragique et thrombotique. Deux paramètres entrent alors en compte :

- un délai d'arrêt long des AOD avant une intervention est suggéré afin d'attendre l'élimination complète de l'AOD chez tous les patients.
Ainsi, compte tenu de la variation interindividuelle de métabolisation et d'élimination du médicament, ainsi que l'état de nos connaissances et de nos moyens actuels, le GIHP préconise d'arrêter l'AOD 5 jours avant l'intervention (J - 5) ;
- lorsque le risque thrombotique est élevé, un relai est possible mais peut être discuté le lendemain de la dernière prise de l'AOD (J - 4) par une HBPM ou HNF. On entre alors dans le cas de figure du patient sous HBPM ou HNF qui bénéficie d'une intervention chirurgicale. Ce traitement est alors arrêté la veille (J - 1). Suite à l'intervention chirurgicale, une prévention standard de la maladie thromboembolique veineuse doit être faite si elle est indiquée, en attendant la reprise de l'AOD qui peut avoir lieu entre 6 et 48 heures en postopératoire. Si la voie orale n'est pas possible dans le postopératoire immédiat, une couverture sous HBPM ou HNF doit être mise en place.

V.4 Chirurgie semi-urgente

Il est dans ce cas nécessaire de temporiser la chirurgie tant que le seuil de sécurité de 30 ng/mL n'a pas été atteint.

V.5 Chirurgie urgente

Il faut garder en tête que toutes les chirurgies ne se compliquent pas toujours d'une hémorragie. Comme l'efficacité des agents hémostatiques n'a pas été démontrée et qu'ils ont un risque thrombotique potentiel, il ne faut pas les utiliser en prophylaxie.

Le dosage plasmatique de l'AOD va guider notre prise en charge :

- si la concentration est comprise entre 30 et 400 ng/mL, il y a un risque hémorragique lié à l'AOD. La prise en charge reste néanmoins standard. Si le saignement est anormal une antagonisation est à faire avec des CCP à 25-50 UI/kg ou FEIBA à 30-50 UI/kg ;
- si la concentration est supérieure à 400 ng/mL, le risque hémorragique lié à l'AOD est alors majeur. Si le patient est sous dabigatran, la dialyse doit se discuter. Le reste de la prise en charge reste néanmoins standard. Si le saignement est anormal une antagonisation est à faire avec des CCP à 25-50 UI/kg ou FEIBA à 30-50 UI/kg.

Comme décrit précédemment, la mesure de concentration plasmatique des AOD n'est pas toujours disponible. Les tests de coagulation usuels ne sont pas spécifiques à ces médicaments : l'allongement du ratio M/T pour le TCA n'est pas obligatoirement dû au médicament, et la sensibilité du TP et du TCA pour chacun d'eux est variable. Ceci implique que ces tests n'ont qu'une valeur prédictive négative relative. Voici la procédure dégradée qui peut-être appliquée dans le cas où on ne peut pas obtenir de dosage plasmatique :

- si le TP est supérieur à 70-80 % et le TCA est inférieur à 1,2, cela signifie que la concentration du rivaroxaban et du dabigatran est inférieure à 30 ng/mL, la chirurgie est donc possible. Si ce n'est pas possible, l'opération pourra avoir lieu et une antagonisation sera faite en cas de saignement anormal. Cette stratégie ne doit pas être appliquée au patient traité par apixaban ;
- si l'activité anti-Xa est inférieure à 0,15 UI/mL, la concentration d'apixaban ou de rivaroxaban est proche de zéro.

VI. Conclusion

Si la prise en charge péri-opératoire des patients sous héparine ou AVK est bien codifiée, ce n'est pas le cas pour les AOD. En attendant le développement de médicaments permettant la réversion des AOD, les propositions de prises en charges sont basées avant tout sur la réduction du risque hémorragique. Elles seront bien sûr soumises à évolution au fur et à mesure de l'augmentation des connaissances sur les AOD, du développement de tests spécifiques et de la commercialisation de l'antidote.

BIBLIOGRAPHIE

1. Godier A, Gouin-Thibault I, Rosencher N, Albaladejo P, Groupe d'Intérêt d'Hémostase Périopératoire (GIHP). Gestion périopératoire des anticoagulants oraux directs. Paris : SFAR, 2014.
2. Pernod G, Albaladejo P, Godier A, Samama CM, Susen S, Gruel Y *et al.* Prise en charge des complications hémorragiques graves et de la chirurgie en urgence chez les patients recevant un anticoagulant oral anti-IIa ou anti-Xa direct. *Ann Fr Anesth Reanim* 2013 ; 32 (10) : 691-700.
3. Sié P, Samama CM, Godier A, Rosencher N, Steib A, Llau JV *et al.* Chirurgies et actes invasifs chez les patients traités au long cours par un anticoagulant oral anti-IIa ou anti-Xa direct. *Ann Fr Anesth Reanim* 2011 ; 30 (9) : 645-50.

Texte de la conférence présentée par les auteurs lors de la XXXVII^{ème} réunion de perfectionnement des infirmières et infirmiers anesthésistes et publié par les Éditions ARNETTE en mars 2015. Nous remercions les responsables des éditions Arnette et les organisateurs des JEPU pour leur aimable autorisation de publication dans notre revue.

SOUVENT PA VARIE...

La pression artérielle varie fortement au cours du temps, sur le long terme (entre deux examens médicaux), le moyen terme (auto-mesure à domicile) et le court terme (holter tensionnel). Ces oscillations sont désormais reconnues comme étant un facteur de risque cardiovasculaire à elles seules, indépendamment de la pression artérielle moyenne du patient.

Le *British Medical Journal* publie une méta-analyse réalisée à partir des essais publiés sur le sujet, traitant de la relation entre les variations tensionnelles sur les long, moyen et

court termes et la survenue d'événements cardiovasculaires et la mortalité.

Au total 41 publications ont été retenues, ayant trait à 19 études observationnelles de cohorte et 17 essais cliniques et comprenant au total 46 analyses séparées. Des erreurs méthodologiques étaient toutefois nombreuses, concernant environ la moitié des études, et 23 analyses ont été exclues pour cause de risque élevé de biais.

Augmentation du risque cardiovasculaire confirmée

La variabilité tensionnelle à long terme est bien associée à une augmentation de la mortalité cardiovasculaire toutes causes confondues, à la survenue d'accidents cardiovasculaires, d'accidents vasculaires cérébraux et d'infarctus myocardique, quelle que soit la pression artérielle moyenne. Les oscillations tensionnelles à moyen et court terme sont elles aussi associées à une augmentation de la mortalité et sans doute aux autres événements cardiovasculaires, mais les données disponibles sont alors plus limitées. Notons que les risques d'accidents coronariens sont moins élevés que ceux d'accidents vasculaires cérébraux, suggérant que ce sont ces derniers qui contribuent le plus à l'augmentation du risque d'événements cardiovasculaires en relation avec les variations tensionnelles.

Le mécanisme par lequel les variations tensionnelles influencent le risque cardiovasculaire n'est pas parfaitement élucidé. La variabilité à long terme augmente d'environ 18 % le risque de mortalité cardiovasculaire, donnée qu'il faut comparer à l'effet de la pression artérielle moyenne sur ce risque, qui est de 70 % approximativement, selon une récente méta-analyse. L'effet est sensiblement équivalent à celui de l'hypercholestérolémie, estimé entre 16 % et 29 % dans une récente méta-analyse.

Dr Roseline Péluchon

Publié dans JIM le 01/09/2016

Références

Stevens S.L. et coll. : Blood pressure variability and cardiovascular disease: systematic review and meta-analysis. *BMJ* 2016;354:i4098



FAUT-IL TORDRE LE COU À LA MÉTHODE DE SELICK ?

Alors que la compression du cartilage cricoïde (CCC) apparaît incontournable afin d'éviter l'inhalation pendant l'intubation d'un patient à l'estomac préjugé plein et que son mode d'action paraît limpide (compression de l'anneau cricoïde contre la 6^{ème} vertèbre cervicale avec occlusion œsophagienne), le débat se poursuit autour de trois questions clés : Quel est le risque d'inhalation pulmonaire pendant l'induction anesthésique ? La CCC prévient-elle la régurgitation et donc l'inhalation ? La CCC occlut-elle vraiment l'œsophage ?

En réponse à un article d'auteurs polonais (1) qui ont comparé par échographie l'efficacité de la CCC à celle d'une

compression para-laryngée, un éditeur s'interroge sur la 3^{ème} question (2).

Quel est le risque d'inhalation et la CCC le réduit-il ?

La littérature mentionne que 11 à 14 % des anesthésistes ont assisté pendant leur carrière à une inhalation malgré la CCC. Parmi 297 patients ayant eu une intubation en urgence, 12 présentaient une infiltrat pulmonaire radiologique, dont 9 avaient eu une CCC. A l'inverse 2 214 parturientes ayant eu une ventilation au masque, sans CCC, n'ont pas présenté d'inhalation.



Une réponse par l'anatomie ?

Dans son étude originale, Sellick partait du principe que l'œsophage est immédiatement postérieur au cartilage cricoïde dans le plan axial, mais des études en TDM montrent que l'œsophage se situe postéro-latéralement chez 50 % des sujets, le plus souvent à gauche avec un déplacement latéral amplifié par la CCC. Selon des études en IRM, ce ne serait pas l'œsophage qui serait comprimé par la CCC, mais l'hypopharynx post-cricoïde avec une réduction de 35 % de son diamètre, ce qui pour ces auteurs est toutefois synonyme d'une occlusion complète de la lumière.

Une étude en vidéo-laryngoscopie confirme l'occlusion de l'hypopharynx lors de la CCC chez des patients anesthésiés. Bien que cette étude ne démontre pas que la CCC prévient l'inhalation de liquides, elle suggère que la CCC peut faire obstacle aux grandes particules solides.

Curieusement, Andruszkiewicz et al. ont démontré qu'un nouveau site de compression paralaryngé permet d'obtenir la compression œsophagienne souhaitée, à la différence de la CCC traditionnelle, moins efficace. Il semble donc possible qu'une CCC appropriée comprime l'hypopharynx post-cricoïde de façon efficace, mais aussi qu'une compression inappropriée du cricoïde (en paralaryngé) produise le même effet. Mais il ne semble pas actuellement exister de réponse tranchée à la question de la pression appropriée et de comment en mesurer l'effet.

La CCC est-elle dangereuse ?

Pour les auteurs de l'éditorial, la question de la dangerosité d'une technique qui est sujette à caution, se pose naturellement : augmentation des pressions inspiratoires, réduction du volume courant, occlusion partielle ou complète des voies aériennes, échecs d'intubation plus fréquents, pincement des cordes vocales, risques majorés de nausées et de vomissements avec risques secondaires de rupture œsophagienne si la compression est maintenue.

Et de rappeler que les recommandations vont dans le sens de relâcher immédiatement la CCC en cas de difficulté de « management » des voies aériennes supérieures ou de vomissement.

Peut-être bien que oui, peut-être bien que non

Et de conclure avec une prudence de Sioux et de Normands réunis qu'il n'y a pas de raison de ne pas utiliser la CCC dans l'intubation à séquence rapide, bien qu'elle ne soit pas la panacée pour tous les patients, mais seulement un élément d'une stratégie globale de réduction du risque d'inhalation.

Dans l'impossibilité de conduire des études randomisées en raison de la rareté de l'inhalation, la question reste ouverte, relevant de l'opinion des experts ou de l'exploitation de bases de données gigantesques telle la *Fourth National Audit Project* (NAP4) qui montre que l'inhalation est la cause la plus fréquente de mortalité (42 décès pour 2 872 600 anesthésies générales).

Quant aux anesthésistes, urgentistes et autres réanimateurs, qu'ils sachent qu'en dépit de ces incertitudes les tribunaux (américains) tendent à condamner plus facilement et plus lourdement en cas d'inhalation si la CCC n'a pas été pratiquée, laissant l'inversion de la charge de la preuve aux téméraires qui souhaiteraient l'abandonner.

Le débat n'est pas clos et les recherches sur les techniques de compression paralaryngée, peut-être plus efficaces que la CCC traditionnelle, devraient être poursuivies.

Dr Bernard-Alex Gaüzère

Publié dans JIM le 29/08/2016

Références

1. Andruszkiewicz P et coll. : Ultrasound evaluation of the impact of cricoid pressure versus novel 'paralaryngeal pressure' on antero-posterior oesophageal diameter. *Anaesthesia*. 2016; 71: 1024-9. doi: 10.1111/anae.13518
2. Turnbull J, Patel A, Athanassoglou V et Pandit J J : Cricoid pressure: apply – but be ready to release. *Anaesthesia*, 2016, 71: 999–1003. doi:10.1111/anae.13594

NE PAS TROP ÉLARGIR LES INDICATIONS DE LA LAPAROTOMIE DE CONTRÔLE DES DOMMAGES



La prise en charge de certains blessés civils ou militaires, atteints de traumatismes sévères et à l'hémodynamique instable, a été révolutionnée par la laparotomie de contrôle des dommages (LCD). Certes, cette dernière expose à des complications bien répertoriées (éventrations, sepsis, détresse respiratoire, défaillance viscérale), mais celles-ci sont regardées comme le prix à payer pour améliorer la survie. Réservée au départ à des troubles de la coagulation apparus au cours de la laparotomie, la LCD s'est ensuite quelque peu (trop ?) « libéralisée ».

Des auteurs texans ont souhaité affiner les indications de cette intervention. Pour ce faire, ils ont repris les dossiers des adultes blessés, répondant aux critères suivants :

- Laparotomie pratiquée en extrême urgence ;
- Séjour aux urgences < 90 mn ;
- Dérivés sanguins dispensés avant l'arrivée au bloc.

Deux groupes ont été alors distingués : les blessés dont l'intervention a été terminée et considérée comme définitive (GDEF), et ceux chez lesquels on n'a pas fermé l'aponévrose dans l'expectative d'une réanimation (GATT) car on redoutait l'apparition de la triade coagulopathie, hypothermie, acidose.

Les blessés décédés au bloc ont été exclus de l'analyse.

Si 625 blessés ont bénéficié d'une laparotomie en urgence, seuls 222 correspondaient aux 3 critères d'inclusion, et se répartissaient ainsi : 78 GDEF et 144 GATT. Ces 2 groupes étaient comparables en termes d'âge, sex ratio, type d'accident, etc. mais les patients GATT avaient un score de gravité (ISS) et un score de Glasgow plus élevés, une tension

plus effondrée, un pouls plus rapide, une acidose plus marquée (pH et lactates), et des troubles de coagulation expliquant un recours plus fréquent aux transfusions et aux anti-fibrinolytiques (acide tranexamique). Les sujets GATT ont aussi eu une intervention plus longue et reçu davantage de dérivés sanguins ; leur température à la sortie du bloc était plus basse.

Les 3 indications majeures pour la LCD de sauvetage ont été l'obligation de recours au « *packing* » (compressions pas des champs péri-hépatiques), l'instabilité hémodynamique, et la nécessité d'abrégier l'intervention pour accélérer le traitement des troubles métaboliques en unité de soins intensifs.

L'ablation du « *packing* » et la fermeture pariétale ont pu être réalisées en moyenne 29 h après la LCD chez trois quarts des patients. Ceux-ci ont quand même eu des constantes (pouls, tension artérielle, température, lactates) plus perturbées que les GDEF.

En analyse multivariée, on constate que la mortalité des GATT est augmentée de 18% par rapport aux GDEF, et qu'il y a 13 % d'iléus, 11 % d'éventrations, et 19 % d'abcès de paroi en plus.

Il ne convient donc pas d'élargir de façon abusive les indications de la laparotomie de contrôle des dommages.

Dr Jean-Fred Warlin

Publié dans JIM le 06/09/2016

Référence

Harvin JA et coll. : Control the damage: morbidity and mortality after emergent trauma laparotomy. *Am J Surgery*. 2016; 212: 34-39

MORTALITÉ ACCRUE EN CAS DE PRESSION ARTÉRIELLE PULMONAIRE SYSTOLIQUE ÉLEVÉE APRÈS UN INFARCTUS ST+

Au décours d'un infarctus du myocarde avec sus-décalage du segment ST (IDM ST+), l'élévation de la pression artérielle pulmonaire systolique (PAPS) a été associée à un pronostic défavorable. La PAPS élevée peut être la conséquence d'une augmentation des pressions de remplissage du ventricule gauche (VG), elle-même liée à une dysfonction systolique et diastolique de ce ventricule.

La pratique largement répandue des procédures interventionnelles coronaires percutanées (PCI) primaires, devenues le traitement standard de l'IDM ST+ a eu pour conséquence une limitation de la taille de l'infarctus, une meilleure préservation de la fonction systolique et diastolique du VG et un remodelage moins fréquent de la cavité VG, tous éléments qui, au cours du suivi, peuvent diminuer le risque de survenue d'une PAPS élevée.

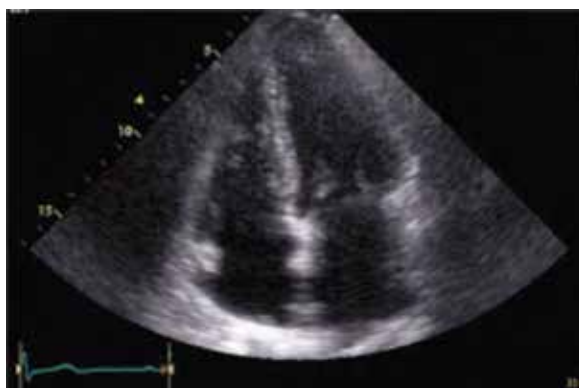
Cependant, cette hypothèse n'avait pas jusqu'alors été explorée. De plus, on connaît mal l'incidence, les facteurs déterminants et les implications pronostiques de l'apparition d'une PAPS élevée au cours du suivi d'un IDM ST+.

Ces incertitudes ont poussé Haack et coll. à évaluer l'incidence et les facteurs susceptibles de favoriser l'élévation de la PAPS (PAPS ≥ 36 mm Hg à 12 mois) au décours d'un premier IDM ST+ et à analyser les implications pronostiques qui en découlent.

L'étude a porté sur 705 patients (âge moyen : 60 ± 12 ans ; hommes : 75 % ; fraction d'éjection VG [FEVG] : 47 ± 9 %) hospitalisés pour un premier IDM ST+ traité par PCI primaire. Une échocardiographie bidimensionnelle a été réalisée à l'état basal et au 12e mois du suivi.

Des patients plus âgés, plus souvent hypertendus et avec une FEVG plus basse

Une PAPS élevée a été notée chez 5 % ($n = 38$) des patients. Ces patients étaient plus âgés (66 ± 12 vs 60 ± 11 ans en l'absence de PAPS élevée ; $p = 0,001$), ils étaient plus souvent hypertendus (58 % vs 30 % ; $p < 0,001$) et avaient une FEVG plus basse (43 ± 9 % vs 48 ± 8 % ; $p < 0,001$). Par ailleurs, ils avaient une oreillette gauche d'un volume plus



important (23 ± 11 vs 18 ± 6 ml/m² ; $p = 0,006$) et avaient plus fréquemment une insuffisance mitrale moyenne à sévère (16 % vs 7 % ; $p = 0,05$).

Au 12^e mois, une PAPS élevée a été trouvée corrélée à un certain nombre de facteurs indépendants : âge (odds ratio [OR] 1,04 ; intervalle de confiance [IC] 95 % [1,01 à 1,08] ; $p = 0,01$), hypertension artérielle (OR 2,52 ; IC 95 % [1,23 à 5,14] ; $p = 0,01$), FEVG basale (OR 0,94 ; IC 95 % [0,90 à 0,98] ; $p = 0,003$), et volume de l'oreillette gauche à l'état basal (OR 1,08 ; IC 95 % [1,03 à 1,12] ; $p = 0,001$).

Une PAPS élevée était associée d'une façon indépendante à la mortalité de toute cause (hazard ratio 3,84 ; IC 95 % [1,76 à 8,39] ; $p = 0,001$).

Ainsi, bien que la survenue d'une PAPS élevée soit rare, dans les suites d'un IDM ST+ traité par PCI primaire, sa présence est associée de façon indépendante à une augmentation du risque de décès de toute cause au cours du suivi.

Dr Robert Haïat

Publié dans JIM le 23/08/2016

Référence

Haack MLA et coll. : Prognostic Implications of Elevated Pulmonary Artery Pressure After ST-Segment Elevation Myocardial Infarction. *Am J Cardiol.*, 2016; 118: 326-331.

LE PARADOXE DE L'OBÉSITÉ CONCERNE AUSSI LES SURVIVANTS D'UN ARRÊT CARDIAQUE EN MILIEU HOSPITALIER !

Plusieurs études ont montré que, paradoxalement, l'obésité est associée à un meilleur pronostic dans de nombreuses affections cardiovasculaires (CV). On ignore cependant si ce paradoxe de l'obésité s'applique également aux survivants d'un arrêt cardiaque survenu en milieu hospitalier.

Pour tenter de répondre à la question, Gupta et coll. ont recherché dans des bases de données nationales (*Nationwide Inpatient Sample databases*) tous les patients âgés de plus de 18 ans qui y avaient été inclus entre 2003 et 2011 au décours d'un arrêt cardiaque réanimé en milieu hospitalier.

Parmi les 836 289 patients identifiés comme ayant été réanimés au décours d'un arrêt cardiaque survenu en milieu hospitalier, 67 216 (8,0 %) étaient obèses. Ces derniers étaient plus jeunes et plus souvent des femmes, par rapport aux sujets sans obésité.

Bien que plus jeunes, les patients obèses présentaient davantage de comorbidités d'ordre CV à savoir dyslipidémie, maladie coronaire, antécédents d'infarctus du myocarde, insuffisance cardiaque, diabète, hypertension artérielle, maladie artérielle périphérique, insuffisance rénale chronique ($p < 0,001$ pour chacun de ces facteurs).

Meilleur taux de survie pour les obèses

Dans ce groupe des patients obèses, l'arrêt cardiaque initial était significativement plus souvent la conséquence d'une tachycardie ventriculaire ou d'une fibrillation ventriculaire (22,3 % vs 20,9 % ; $p < 0,001$).

Malgré tous ces éléments apparemment défavorables, après leur sortie de l'hôpital, le taux de survie des patients obèses a été meilleur que pour les patients non obèses (31,4 % vs 24,1 % ; odds ratio [OR] non ajusté 1,44 ; intervalle de confiance [IC] 95 % [1,42 à 1,47] ; $p < 0,001$; OR ajusté 1,15 ; IC 95 % [1,13 à 1,17] ; $p < 0,001$).

Il en était de même quelle que soit l'origine de l'arrêt cardiaque initial : affection CV ou non CV, une tachycardie ou fibrillation ventriculaire, asystole ou activité électrique inefficace sur le plan hémodynamique.

En conclusion, cette vaste analyse rétrospective des données nationales concernant une cohorte de patients réanimés au décours d'un arrêt cardiaque survenu en milieu hospitalier a montré que les obèses avaient plus de chances de survie après leur sortie de l'hôpital que les patients non obèses, confortant ainsi le paradoxe de l'obésité dont on ignore toujours les raisons précises.

Dr Robert Haïat

Publié dans JIM le 31/08/2016

Références

Gupta T et coll. : *Relation of Obesity to Survival After In-Hospital Cardiac Arrest. Am J Cardiol* 2016;118:662-667

AVANTAGES DES NOUVELLES MODALITÉS DE SÉDATION EN RÉANIMATION

Les bonnes pratiques de la sédation en réanimation ont considérablement évolué. On considère actuellement que le niveau de sédation d'un patient sous ventilation mécanique doit être modéré à léger en dehors de certains cas particuliers comme les traumatismes crâniens graves ou les syndromes de détresse respiratoire aiguë sévères. Au niveau pharmacologique, plusieurs travaux associent l'utilisation des benzodiazépines et le syndrome confusionnel (ou « délirium en réanimation ») ainsi que les séquelles cognitives à long terme. Ainsi, il est recommandé de réduire la prescription de ces agents et de leur préférer le propofol ou la dexmédétomidine.

Dans un article récemment publié, les auteurs ont évalué ces différentes drogues sédatives et l'évolution d'une cohorte de patients non sélectionnés.

Les données relatives à la sédation quotidienne ont été recueillies pour tous les patients sous ventilation mécanique pendant plus de 3 jours sur une période de 7 ans dans un grand centre médical universitaire de Boston.

Les ratios de risque (RR) ont été comparés pour les événements suivant : le délai jusqu'à l'extubation, la durée de séjour à l'hôpital, et la mortalité hospitalière chez les patients recevant des benzodiazépines, du propofol, ou de la dexmédétomidine. Toutes les analyses ont été ajustées selon le type de soins intensifs, les caractéristiques démographiques, les comorbidités, le type d'intervention (pour les malades en réanimation post-chirurgicale), l'indice de gravité de la maladie, les traitements associés (opioïdes, neuroleptiques, myorelaxants) et l'année civile.

DÉLAI AVANT EXTUBATION PLUS COURT AVEC LA DEXMÉDÉTOMIDINE

Un total de 9 603 épisodes consécutifs ont été évalués rétrospectivement, avec une durée médiane de ventilation mécanique de 6,0 jours. Environ 66 % des patients ont reçu des benzodiazépines, 62 % du propofol et 12 % de la dexmédétomidine. Les sédatifs sont souvent été utilisés de manière concomitante : les trois agents ont été donnés sur

10 % des jours sous ventilation, et deux agents, sur 46 % des jours de ventilation. Le propofol est associé à un délai jusqu'à l'extubation plus court par rapport aux benzodiazépines (RR de 1,4 ; Intervalle de Confiance à 95 % [IC 95] de 1,3 à 1,5). La dexmédétomidine est associée à un délai d'extubation plus court, à la fois par rapport aux benzodiazépines (RR de 2,3 ; IC 95 % de 2,0 à 2,7) mais également par rapport au propofol (RR de 1,7 ; IC à 95 % de 1,4 à 2,0). Toutefois, les auteurs soulignent que relativement peu de patients sont exposés uniquement à la dexmédétomidine. Il n'est observé aucune différence entre le propofol et la dexmédétomidine sur les critères de durée moyenne de séjour ou de la mortalité hospitalière.

Cette étude rétrospective d'une grande cohorte « de vraie vie » tend à confirmer les données d'essais randomisés en montrant qu'une sédation à base de propofol ou de dexmédétomidine permet une extubation plus précoce qu'en cas d'utilisation des benzodiazépines et réduit donc la durée de la ventilation mécanique. Les différences relevées entre propofol et dexmédétomidine nécessitent une réévaluation.

Dr B. Jourdain

Publié dans JIM le 23/08/2016

Références

Klompas M. et coll : Associations Between Different Sedatives and Ventilator-Associated Events, Length of Stay, and Mortality in Patients Who Were Mechanically Ventilated. *CHEST* 2016; 149: 1373-1379

DES VARIATIONS DANS LA PRISE EN CHARGE DE L'EXTRÊME PRÉMATURITÉ

Les progrès des soins donnés aux nouveau-nés ont conduit à une amélioration du pronostic de la grande prématurité et l'âge gestationnel (AG) pour lequel un traitement actif peut être proposé a baissé. Néanmoins les limites de la viabilité sont à l'origine de controverses et d'incertitudes. Il reste difficile en pratique de décider d'initier des soins actifs ou de confort entre 23 et 25 semaines. Les facteurs pris en compte sont les caractéristiques fœtales et maternelles et les préférences des parents. Des recommandations nationales ont été émises mais il persiste des variations d'un pays à un autre, en particulier sur les limites d'une zone grise de viabilité entre 23 et 24 AG et même à 25-6 jours AG dans certains pays. De surcroît, les enquêtes ont montré des variations notables individuelles et par centre au sein d'un même pays.

Aux Pays-Bas, des recommandations ont été émises en 2010 offrant la possibilité de soins actifs à partir de 24 AG, avec l'accord des parents. Une enquête par internet a été conduite en 2012-2013 auprès des obstétriciens et néonatalogistes (n = 205) des 10 centres de soins intensifs de niveau III du pays. Le taux de réponse a été de 60 % (n = 122, 45 obstétriciens, 77 néonatalogistes).

OBSTÉTRICIENS ET NÉONATOLOGISTES NE SONT PAS TOUJOURS D'ACCORD...

Quatre-vingt deux pour cent de ces praticiens optent pour des soins de confort entre 23 et 24 semaines. Entre 24+0 à 6 jours AG et 25+0 à 6 jours AG, la majorité (respectivement 54 % et 64 %) recommandent des soins intensifs avec la possibilité de soins de confort à la demande des parents mais avec des variations notables. A 26+0 à 6 jours AG et 27+0 à 6 jours AG, une grande majorité (respectivement 89 % et 96 %) se déclarent pour les soins intensifs mais une minorité (respectivement 11 % et 4 %) envisagent des soins de confort si les parents le demandent. Aucune



différence significative n'a été mise en évidence entre obstétriciens et néonatalogistes pour soins intensifs ou non à chaque âge gestationnel. En revanche, les attitudes différaient sur l'indication de césarienne (obstétriciens 24-25 AG, néonatalogistes 25-26 AG), sur la limite inférieure de compression thoracique (obstétriciens 25 AG, néonatalogistes 26 AG) et l'administration d'adrénaline (mêmes limites). Enfin, on note des différences d'un service à un autre. Les principaux facteurs restreignant un traitement actif sont l'existence de malformations, un petit poids pour l'AG et un traitement incomplet par corticostéroïdes.

Ainsi, il existe de grandes discordances au plan individuel dans les options thérapeutiques, en particulier quand le problème n'est pas abordé par les recommandations nationales. De plus, obstétriciens et néonatalogistes ne sont pas toujours d'accord.

Pr Jean-Jacques Baudon

Publié dans JIM le 26/08/2016

Référence

Geurtzen R et coll. : *Perinatal practice in extreme premature delivery: variation in Dutch physicians' preferences despite guideline*. Eur J Pediatr, 2016; 175: 1039-1046

UN DÉCRET TRANCHE SUR LA VALIDATION DES ANNÉES D'ÉTUDES INFIRMIÈRES DANS LES DROITS À PENSION

Publié le 22/08/16 - HOSPIMEDIA

LE FAIT

Le 13 août, le Journal officiel a publié un décret relatif à la validation des années d'études d'infirmier, de sage-femme et d'assistant social des agents affiliés à la Caisse nationale de retraites des agents des collectivités locales. Un décret attendu : il distingue les études et du service non titulaire dans la validation des droits à pension.

L'ANALYSE

C'est un arrêt du Conseil d'État qui a fait naître l'inquiétude des professionnels. L'institution a en effet estimé, le 12 février dernier, que les périodes consacrées aux années d'études d'infirmier ne peuvent être considérées comme des périodes de services effectués en qualité d'agent non titulaire dans la validation des droits à pension. Cet arrêt concernait un désaccord entre l'hôpital de Felleries-Liessies (Nord) et la Caisse nationale de retraites des agents de collectivités locales (CNRACL). Cette dernière réclamait au CH huit factures correspondant au calcul de pension de huit agents souhaitant racheter leurs années. La cour administrative d'appel de Bordeaux (Gironde) a alors estimé que la CNRACL n'était pas compétente pour décider que les périodes consacrées aux années d'études d'infirmiers peuvent être considérées comme des périodes de services effectués en qualité d'agent non titulaire. Une décision confortée par l'arrêt du Conseil d'État. En conséquence, les factures adressées par la caisse à l'hôpital, au titre de sa contribution au rachat de ces années, c'est-à-dire la part employeur, ont été annulées.

DES CONDITIONS DIFFÉRENTES SELON LA NATURE DES ANNÉES

Cette décision a remis en cause un système en place depuis 1950 et s'est avérée lourde de conséquences : près d'une cinquantaine d'établissements de santé publics se sont fait connaître depuis, pour contester le paiement des factures à la CNRACL (lire ci-contre). Courant juin, la caisse s'est tournée vers le ministère des Affaires sociales et de la Santé, demandant d'urgence une clarification des textes. C'est désormais chose faite : le décret publié le 13 août dernier distingue officiellement les conditions de rachat des années d'études et celles des années en tant qu'agents non titulaires. Son article 1 précise que les « périodes dûment validées par les fonctionnaires titularisés au plus tard le 1^{er} janvier 2013 » sont concernées. La validation de ces périodes doit être demandée dans les deux années qui suivent la date de la notification de la titularisation. Mais surtout, ce décret détaille aussi les conditions de rachats en fonction des différents cas de figure. Sont admises à validation, au titre des périodes de services accomplis, « la totalité des périodes, quelle qu'en soit la durée, effectuées, de façon continue ou discontinue sur un emploi à temps complet ou non complet, occupé à temps plein ou temps partiel, en qualité d'agent non titulaire », mais aussi désormais « la totalité des périodes d'études effectuées

dans une école publique ou privée ayant conduit à l'obtention d'un diplôme infirmier, de sage-femme ou d'assistant social ou d'un diplôme reconnu équivalent obtenu dans un État membre de l'Union européenne ou de l'espace économique européen ».

LE DROIT DES AGENTS CONFORTÉ

Selon les situations, la part employeur incombe à différents établissements : lorsque la validation porte sur des périodes de service non titulaire, il incombe « à chaque employeur auprès duquel l'intéressé a accompli des services de non titulaire » de régler la part employeur. Dans le cas du rachat des périodes d'études, « ces obligations incombent au premier employeur qui a titularisé le fonctionnaire », détaille le décret. Une distinction qui réjouit la CNRACL. « Ce texte, conforme à la position du conseil d'administration, permet de maintenir le dispositif mis en œuvre par le régime depuis 1950, et donc de poursuivre l'examen des demandes déposées par les agents concernés auprès des employeurs dans les délais réglementaires, au plus tard le 1^{er} janvier 2015. [...] Au final, ce décret répond pleinement aux attentes du régime en ce qu'il conforte les droits des agents », a confié à Hospimédia Claude Domeizel, président du conseil d'administration de la CNRACL. À ce jour, près de 52 000 dossiers sont en attente de validation.

« PAS DE RÉTROACTIVITÉ »

Concernant l'affaire qui l'oppose au CH de Felleries-Liessies, Claude Domeizel, le président du conseil d'administration de la CNRACL, est clair : « Il appartient le cas échéant à cet employeur de prendre acte de la régularisation et d'en tirer les conséquences », souligne-t-il. Ce n'est pas le point de vue de l'avocat du CH de Felleries, M^e Didier Clamer. « À mon sens, [ce décret] est sans effet sur les procédures actuellement pendantes devant le tribunal administratif de Bordeaux, notamment du fait du principe de non rétroactivité des actes administratifs, qui s'oppose à ce qu'il valide les situations passées, devant le juge administratif », détaille-t-il. Ainsi, le tribunal doit statuer en appliquant les textes « dans leur rédaction en vigueur à l'époque des faits ». Autrement dit : les décomptes de validations et les états des services validables ou non, qui seront désormais adressés aux établissements publics de santé, ne seront plus contestables de ce chef, « tout comme ceux émis antérieurement et non judiciairement contestés », précise Didier Clamer.

TEXTES OFFICIELS

DÉCRETS, ARRÊTÉS, CIRCULAIRES

TEXTES GÉNÉRAUX

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ

Décret n° 2016-1101 du 11 août 2016 relatif à la validation des années d'études d'infirmier, de sage-femme et d'assistant social des agents affiliés à la Caisse nationale de retraites des agents des collectivités locales

NOR : AFSS1614197D

Publics concernés : *infirmiers, sages-femmes et assistants sociaux affiliés à la Caisse nationale de retraites des agents des collectivités locales (CNRACL).*

Objet : *validation des années d'études d'infirmier, de sage-femme et d'assistant social pour la constitution du droit à pension des agents affiliés à la CNRACL.*

Entrée en vigueur : *le texte entre en vigueur le lendemain de sa publication.*

Notice : *le décret définit les règles de validation, dans le régime de retraite des agents de la fonction publique territoriale et hospitalière affiliés à la CNRACL, des périodes d'études ayant conduit à l'obtention d'un diplôme d'Etat d'infirmier, de sage-femme ou d'assistant social ou un diplôme reconnu équivalent obtenu dans un Etat membre de l'Union européenne ou de l'Espace économique européen.*

Ces périodes sont validées dans des conditions identiques à celles prévues aux articles 8, 50 et 51 du décret du 26 décembre 2003 pour la validation des services accomplis en tant qu'agent non titulaire auprès de l'un des employeurs mentionnés à l'article L. 86-1 du code des pensions civiles et militaires de retraite.

Références : *les dispositions du décret du 26 décembre 2003 modifiées par le présent décret peuvent être consultées, dans leur rédaction résultant de cette modification, sur le site Légifrance (<http://www.legifrance.gouv.fr>).*

Le Premier ministre,

Sur le rapport du ministre des finances et des comptes publics et de la ministre des affaires sociales et de la santé, Vu le code de l'action sociale et des familles, notamment son article L. 411-1 ;

Vu le code des pensions civiles et militaires de retraite, notamment son article L. 86-1 ;

Vu le code de la santé publique, notamment ses articles L. 4151-5, L. 4311-3 et L. 4311-4 ;

Vu l'ordonnance n° 45-993 du 17 mai 1945 modifiée relative aux services publics des départements et communes et de leurs établissements publics, notamment son article 3 ;

Vu le décret n° 2000-815 du 25 août 2000 relatif à l'aménagement et à la réduction du temps de travail dans la fonction publique de l'Etat et dans la magistrature ;

Vu le décret n° 2003-1306 du 26 décembre 2003 modifié relatif au régime de retraite des fonctionnaires affiliés à la Caisse nationale de retraites des agents des collectivités locales, notamment ses articles 8, 50 et 51 ;

Vu les avis du Conseil national d'évaluation des normes en date du 7 juillet et du 21 juillet 2016 ; Le Conseil d'Etat (section sociale) entendu,

Décète :

Art. 1^{er}. – Le 2° de l'article 8 du décret du 26 décembre 2003 susvisé est remplacé par les dispositions suivantes :

« 2° Les périodes dûment validées par les fonctionnaires titularisés au plus tard le 1er janvier 2013. Sont admises à la validation, au titre des périodes de services accomplis :

« a) La totalité des périodes, quelle qu'en soit la durée, effectuées, de façon continue ou discontinue, sur un emploi à temps complet ou non complet, occupé à temps plein ou temps partiel, en qualité d'agent non titulaire auprès de l'un des employeurs mentionnés aux 1°, 2° et 3° de l'article L. 86-1 du code des pensions civiles et militaires de retraite ;

« b) La totalité des périodes d'études effectuées dans une école publique ou privée ayant conduit à l'obtention d'un diplôme d'Etat d'infirmier, de sage-femme ou d'assistant social ou d'un diplôme reconnu équivalent obtenu dans un Etat membre de l'Union européenne ou de l'Espace économique européen dans les conditions prévues aux articles L. 4311-3, L. 4311-4 et L. 4151-5 du code de la santé publique et à l'article L. 411-1 du code de l'action sociale et des familles. La durée des périodes validées ne peut excéder la durée des études requises pour l'obtention du diplôme d'Etat en France. La date de fin des études correspond à celle de l'obtention du diplôme.

« La durée des périodes validées au titre du a et du b s'exprime en trimestres. Le nombre de trimestres validés est égal à la durée globale des périodes effectuées, divisée par le quart de la durée légale annuelle du travail prévue à l'article 1er du décret du 25 août 2000 susvisé.

« Dans le décompte final des trimestres admis à validation, la fraction de trimestre égale ou supérieure à quarante-cinq jours est comptée pour un trimestre. La fraction de trimestre inférieure à quarante-cinq jours est négligée. »

TEXTES OFFICIELS

Art. 2. – L'article 50 du décret du 26 décembre 2003 susvisé est ainsi modifié :

1° Le I est ainsi modifié :

a) Le premier alinéa est ainsi modifié :

- la première phrase est remplacée par les dispositions suivantes : « La validation des périodes mentionnées au 2° de l'article 8 doit être demandée dans les deux années qui suivent la date de la notification de la titularisation. » ;
- à la deuxième phrase, les mots : « des services » sont remplacés par les mots : « de ces périodes » ;

b) Au troisième alinéa, les mots : « des services accomplis en qualité d'agent non titulaire » sont remplacés par les mots : « des périodes mentionnées au 2° de l'article 8 » ;

c) Après le troisième alinéa, il est inséré deux alinéas ainsi rédigés :

« Lorsque la validation porte sur les périodes de services mentionnées au *a* du 2° de l'article 8, les obligations mentionnées au précédent alinéa incombent à chaque employeur auprès duquel l'intéressé a accompli des services de non-titulaire.

« Lorsque la validation porte sur les périodes mentionnées au *b* du 2° de l'article 8, ces obligations incombent au premier employeur qui a titularisé le fonctionnaire. » ;

d) Au quatrième alinéa, les mots : « de ses services accomplis en qualité d'agent non titulaire » sont remplacés par les mots : « des périodes mentionnées au 2° de l'article 8 » ;

2° Le II est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, le mot : « services » est remplacé par le mot : « périodes » ;

b) Le deuxième alinéa est remplacé par un alinéa ainsi rédigé : « Chaque employeur auprès duquel le fonctionnaire a accompli des périodes de services mentionnées au *a* du 2° de l'article 8 verse une contribution calculée sur la base du traitement afférent à l'emploi occupé par le fonctionnaire à la date de sa demande de validation et au taux en vigueur au moment de l'accomplissement des périodes à valider. Pour la validation des périodes prévue au *b* du 2° de l'article 8, la contribution est versée par le premier employeur qui a titularisé le fonctionnaire. » ;

3° Le III est abrogé.

Art. 3. – L'article 51 du décret du 26 décembre 2003 susvisé est ainsi modifié :

1° Au sixième alinéa du II, les mots : « des services de non-titulaire qu'ils ont effectués » sont remplacés par les mots : « des périodes mentionnées au 2° de l'article 8 qu'ils ont effectuées » ;

2° Au IV, les mots : « des services visés » sont remplacés par les mots : « des périodes mentionnées ».

Art. 4. – Le ministre des finances et des comptes publics, la ministre des affaires sociales et de la santé et le secrétaire d'Etat chargé du budget sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait le 11 août 2016.

Par le Premier ministre :
MANUEL VALLS

La ministre des affaires sociales et de la santé,
MARISOL TOURAINE

Le secrétaire d'Etat chargé du budget,
CHRISTIAN ECKERT

Le ministre des finances et des comptes publics,
MICHEL SAPIN

Rejoignez
la communauté
des **IADE**

Réseau
PR+
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

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

**GUSTAVE
ROUSSY**
CANCER CAMPUS
GRAND PARIS

GUSTAVE ROUSSY RECRUTE IADE



Vous contribuerez au bon déroulement des interventions et à la prise en charge des patients en respectant les principes de qualité, sécurité et continuité des soins.

Outre vos compétences professionnelles vous apporterez votre dynamisme à l'équipe. Force de proposition, vous pourrez participer aux groupes de travail sur l'amélioration continue de la qualité au bloc opératoire.

Gustave Roussy vous propose une intégration personnalisée, une prime d'embauche pour les CDI, un plateau technique de dernière génération et une formation tout au long de la carrière.

Pour postuler : recrutement3@gustaveroussy.fr



Venez rejoindre une équipe dynamique et à dimension humaine
Etablissement de référence en Neurosciences, de renommée internationale,
le Pôle Neuro Sainte-Anne recrute :

— IADE — IBODE

Pour ses 3 salles de Neurochirurgie, 1 salle de Neuroradiologie interventionnelle en 3D et 2 salles de traitement de sismothérapie.
Participation à la permanence des soins de recours et de proximité.
Horaires de journée en 10 heures + Astreintes.

Envoyer lettre de motivation + CV à :
Centre Hospitalier Sainte-Anne - Direction des Soins
1, rue Cabanis 75014 PARIS ou dir-des-soins@ch-sainte-anne.fr



Le Centre Hospitalier Nord Deux-Sèvres (CHNDS) recrute : INFIRMIER(E)S ANESTHÉSISTE DIPLÔMÉ(E) D'ÉTAT

Organisé actuellement sur 3 sites (Bressuire/Parthenay/Thouars), avec la construction d'un nouvel hôpital à Faye l'Abbesse. Il sera situé, début 2018, à 8 km de Bressuire, 23 km de Thouars et 25 km de Parthenay ainsi qu'à 1h10 de Nantes, 1h30 de La Rochelle, 50 min de Poitiers et 1h d'Angers.

Remplacements et postes à pourvoir dès que possible :

Activité mixte : bloc opératoire et SMUR.

Débutants acceptés. Vous bénéficierez d'un dispositif d'accompagnement des nouveaux professionnels mis en place à la prise de poste.

Renseignements

M. Bruno BONNAIN

Directeur de la performance et de l'efficacité des organisations
en charge de la Direction des Soins

Tél. : 05 49 68 29 26 - Mail : bonnain.bruno@chnds.fr



Projet nouvel
hôpital de Faye
L'Abbesse





Centre Hospitalier Ariège Couserans, au pied des pyrénées ariégeoises, à une heure de Toulouse, proche stations de ski, à 2 heures de la méditerranée et à 3 heures de l'atlantique, le CHAC bénéficie d'un cadre de vie exceptionnel.

Le Centre Hospitalier comprend plus de 1000 salariés dont plus de 60 médecins, 4 Pôles Cliniques, des activités diversifiées (MCO, Urgences, SSR, SIR, Centre de Réadaptation Neurologique, Psychiatrie intra et extra de l'Ariège, EHPAD) et un plateau technique complet avec Laboratoire, Pharmacie et Scanner.

Recherche : poste disponible

IADE temps plein souhaité (toutes les candidatures seront étudiées)

M. D. GUILLAUME - Directeur des Ressources Humaines
Centre Hospitalier Ariège Couserans - BP 60111 - 09201 SAINT GIRONS CEDEX
Ou par mail : secretaire.drh@ch-ariège-couserans.fr

Pour tout renseignement sur la nature des postes à pourvoir
le Directeur des Soins - M. Safranez poste 05 61 96 28 74



Les Hôpitaux du Bassin de Thau, hôpital Saint Clair à Sète, recherchent actuellement une IADE en CDD à 0,80 ETP pour son bloc polyvalent (5 salles, spécialités de chirurgie : digestif, urologie, orthopédie, gynécologie-obstétrique, ORL, ophtalmologie, endoscopie, gastro entérologie, bronchique).

Organisation actuelle : Travail du lundi au vendredi sur différents horaires, astreintes opérationnelles la nuit et garde sur place en journée le weekend.

Secteurs : Bloc, SSPI.

Pour tout renseignement contacter :

Madame Chave - Cadre supérieur de santé du pôle d'Anesthésie-Réanimation - 04 67 46 59 20 - nchave@ch-bassindethau.fr

Merci d'adresser votre candidature par mail : secdrham@ch-bassindethau.fr



Le Secteur Anesthésie du Bloc Opératoire du Centre Hospitalier Intercommunal Toulon La Seyne (CHITS)

Recrute des Infirmiers Anesthésistes dans le cadre d'un développement de la chirurgie

Le CHITS est l'établissement de Santé non universitaire le plus important de la région PACA.

Toutes les spécialités chirurgicales sont pratiquées : y compris la chirurgie robotisée, en dehors de la chirurgie cardiaque et de la neuro-chirurgie.

L'activité chirurgicale est d'environ 15 000 interventions par an.

Le Bloc Opératoire du CHITS est situé sur l'Hôpital Sainte-Musse à Toulon, commune de 350 000 habitants localisée en bord de mer. Cet Hôpital reçoit à nuit en 2017.

L'équipe IADE, comprenant plus de 30 personnes, intervient :

- Sur les 10 salles d'intervention qui comprennent le Bloc principal
- Sur 4 salles d'endoscopie
- Sur une salle d'électrophysiologie
- Sur une salle de radio-interventionnelle
- En SSPI

Un projet de travail comprenant des horaires en 12 heures est actuellement en cours.

Les candidatures sont à adresser à :

- Christian FORNER - Cadre Supérieur de Santé
04 94 14 53 29 - christian.forner@ch-toulon.fr
- Olivier DUBOIS - Cadre de Santé IADE
04 94 14 53 28 - olivier.dubois@ch-toulon.fr



Le Centre Hospitalier de Saint-Brieuc : Côtes d'Armor (22) - Bord de mer - Communauté d'agglomération de 115 000 habitants
PARIS 3h TGV - 4 h Route

Hôpital de référence du territoire de Santé n°7
& 3^{ème} Établissement de santé breton par son activité
1 270 lits et places dont 734 MCO

Recrute des Infirmiers(ères) Anesthésistes à temps plein pour son bloc central, sa maternité et son SAMU-SMUR. Très beau plateau technique (activité polyvalente sur les différents secteurs). En CDD ou intégration statutaire.

Rémunération négociable selon ancienneté.

Candidature à adresser à l'attention de Monsieur Heulot,
Direction des Ressources Humaines - Centre Hospitalier de Saint-Brieuc - 10, rue Marcel Proust - 22027 Saint-Brieuc cedex 1
ou par courriel : myriam.duros@ch-stbrieuc.fr

Renseignements techniques auprès de Mme Collin Moisan - Cadre Coordonnateur de Pôle - au 02 96 01 71 75

Site Internet : <http://www.ch-stbrieuc.fr/>



UN POSTE D'INFIRMIER(E) ANESTHESISTE (IADE) (H/F) EN CDI

Vos missions :

Vous serez affecté(e) au bloc opératoire, de jour. Vous serez en charge de :

- Préparer et organiser le site d'anesthésie et le matériel nécessaire à l'anesthésie en fonction du patient et des types d'intervention • Recueillir les informations nécessaires à la prise en charge du patient et à la bonne conduite de l'anesthésie, assurer la traçabilité et la tenue du dossier patient • Accueillir, évaluer, informer le patient, et maintenir une communication adaptée avec lui, avant, pendant et après l'anesthésie • Appliquer et entretenir l'anesthésie, en fonction de l'évaluation.

Votre profil :

Vous avez obtenu le Diplôme d'Etat d'Infirmier(e) Anesthésiste.

Vous êtes rigoureux(se), à l'écoute et vous avez le sens de l'observation. Vous aimez le travail en équipe.

Ce poste est à pourvoir dès que possible, en Contrat à Durée Indéterminée, à temps complet.

Le salaire sera déterminé en fonction de l'ancienneté et de la convention collective FHP.

Les personnes intéressées sont priées de m'adresser leur candidature par courrier, au service des Ressources Humaines, dans les meilleurs délais.

Valérie LOUMIKOU

Responsable Ressources Humaines

Téléphone : 03 44 62 66 03

courriel vloumikou@hc-lesjockeys.fr



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

UN CADRE DE SANTE IADE (H/F) 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

LES HÔPITAUX DE CHARTRES (28)

3^{ème} établissement de la Région Centre - 45mn de PARIS

RECRUTENT POUR LE SERVICE D'ANESTHESIE

UN INFIRMIER ANESTHESISTE CADRE DE SANTE PARAMEDICAL H/F

Diplôme d'Etat d'infirmier anesthésiste - Diplôme de cadre de santé

Pour tout renseignement contacter : Monsieur le Coordonnateur Général des Soins - 02 37 30 30 26

Adresser lettre de motivation et CV aux : Hôpitaux de Chartres

A l'attention de Madame le Directeur du - Personnel et du Développement Social - B.P. 30407 - 28018 CHARTRES CEDEX



La fiche de poste est consultable sur le site
www.ch-chartres.fr

Centre - Val de Loire

Le Centre Hospitalier de l'Ouest Guyanais "Franck. JOLY"

16 BOULEVARD DU GENERAL DE GAULLE - BP 245 - 97393 - SAINT-LAURENT DU MARONI

Tél : 05 94 34 88 - Fax : 05 94 34 87 42 - E-Mail : secdirection@ch-ouestguyane.fr



Recrute

■ 3 IADE

Un hébergement provisoire peut être proposée à l'arrivée (durée 2 mois).

Une indemnité de sujétion géographique peut être versée aux agents titulaires recrutés par voie de mutation ou de détachement.

SALAIRE :

Grille Fonction Publique Hospitalière + indemnité de 40% de vie chère.

Postes à pourvoir dans l'immédiat

Des renseignements sur le poste peuvent être obtenus auprès de :

- Mme Nadine BRAJER, cadre de santé du bloc.
 - Mme Véronique ADAM, cadre de santé direction des soins.
 - Mme Rosange ISIDORE, Direction des Ressources Humaines
- Tél : 05 94 34 87 66

Contacter - envoyer CV et lettre de motivation à monsieur le directeur
à l'adresse stipulée en entête - E-mail : secdirection@ch-ouestguyane.fr



Bloc opératoire polyvalent - 5 salles d'opération
1 600 interventions par an - Spécialités chirurgicales :
chir viscérale - traumatisme-orthopédique - gynéco-obstétrique
urologique - proctologique - générale - ophtalmologie.
Chirurgie ambulatoire - endoscopie digestive
1 SSPI de 6 places
1 unité d'accueil ambulatoire.
Unité de stérilisation centrale attenante.

**Vous êtes dynamique, organisé, volontaire
Vous avez le sens du travail en commun
Rejoignez-nous !**

Outre-Mer

ME

Medi-Emploi Sàrl

Placement de personnel paramédical

**Recherche
pour la Suisse**

Infirmier(e) anesthésiste - IADE

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

Suisse

Infirmier(e)s Anesthésistes

pour être informés,

représentés,

conseillés,

adhérez au :



www.snia.net

Syndicat National des Infirmiers Anesthésistes

157 Rue Legendre - 75017 PARIS

Tel. : 01.40.35.31.98

Fax : 01.40.35.31.95

e-mail : snia75@snia.net