



Bulletin d'Information du Syndicat National des Infirmiers Anesthésistes



- ❖ Compte rendu de l'AG du 3 décembre 2016
- ❖ Troubles neurocognitifs postopératoires en pédiatrie
- ❖ Damage control en préhospitalier

annonces CONGRES

17 et 18 mars 2017 – JEPU 2017

Palais des Congrès – Porte maillot – Paris

Site : <http://www.jepu.net>**11 mai 2017 – 8^{ème} édition du congrès des Infirmiers Anesthésistes de Bretagne**Site : <http://www.greia35.fr/>**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.orgSite internet : <http://www.mapar.org>**15 au 18 juin 2017 – 6^{ème} Congrès International Douleur Neuropathique**

Gothenburg SWEDEN

Site : <http://www.neupsig2017.kenes.com>**21 au 23 septembre 2017 – Congrès SFAR 2017**

Palais des congrès de Paris

2, place de la Porte Maillot – 75017 Paris

L'exposition se tiendra sur le niveau 2.

Les salles seront aux niveaux 2 et 3, l'accueil et la zone e-communications occuperont le niveau 3.

Site : <http://sfar-lecongres.com/>**Inscriptions :**E-Mail : contact@sfar-lecongres.com

Téléphone : 04.78.17.62.76

18 au 20 juin 2018 – Congrès Mondial des Infirmiers Anesthésistes

Budapest – HONGRIE

Site : <http://www.wcna2018.com/>

éDITO et sommaIRE

BONNE ANNÉE à TOUS !

Lors de l'assemblée générale du SNIA, le 03 décembre dernier, de nouveaux venus ont été élus au conseil syndical.

S'ils sont nouveaux élus au syndicat, ils sont connus de nombreux d'entre nous de par leurs actions et leur engagement dans le mouvement qui anime la profession depuis des années. Ils n'ont déjà pas leurs preuves à faire. Leur pertinence et leur efficacité ne sont plus à démontrer.

Je leur souhaite personnellement la bienvenue et je suis particulièrement heureux de leur intégration au conseil.

Ils seront, à n'en pas douter, des forces vives pour 2017.

D'autres membres du conseil, arrivant en fin de mandats, n'ont pas pu statutairement se représenter ou ont préféré laisser leur place.

Ils resteront malgré tout actifs au sein du syndicat en 2017, certains sur des postes différents (chargé de mission, délégué régional) et d'autres comme personne ressource. Ils ont donné énormément d'eux-mêmes pour la profession et tiennent à apporter leur contribution pour encore un moment. Je leur en suis très reconnaissant et je tiens à leur exprimer mon profond respect.

J'écris cet édito le 11 janvier et demain, les organisations syndicales seront reçues au Ministère de la Fonction Publique.

Le 13 janvier, deux IADE représentants le SNIA et l'intersyndicale seront reçus par des conseillers à l'Elysée.

Quand vous lirez ce bulletin, il restera peut-être encore un petit bout de chemin avant que le dossier IADE soit clos aux Ministères mais l'intersyndicale reste déterminée.

En attendant, entre le spectre d'un exercice partiel, les DRJSCS qu'il faut sans cesse surveiller, les soldes en anesthésie et autres dérives, la vigilance du SNIA pour la défense de notre profession ne va pas faiblir demain.

Sans compter sur certaines médisances qui nous sont parvenues et qui courent depuis quelques temps dans certains milieux.

2017 ne sera pas non plus une année off.

Mais chacun fera en sorte qu'elle soit une bonne année pour tous.

Je vous souhaite avant tout d'avoir des rêves et de pouvoir en réaliser certains.

Je vous souhaite de continuer d'avoir des passions.

Et pour bien commencer l'année et être sûr de bien la poursuivre, n'oubliez pas de renouveler votre adhésion et de faire adhérer les autres.

Je souhaite que 2017 soit une très bonne année pour tous.

Jean-Marc SERRAT
Président SNIA

BULLETIN N° 206 JANVIER 2017

ANNONCES CONGRÈS

2

EDITO

3

ACTIVITÉS SYNDICALES

4

ARTICLE SCIENTIFIQUE

14

ARTICLE PROFESSIONNEL

18

DOSSIER ANESTHÉSIE

22

DOSSIER CHIRURGIE

25

QUESTION PROFESSIONNELLE

26

QUALITÉ - GESTION DES RISQUES

28

DERNIÈRE MINUTE

29

LES ANNONCES DE RECRUTEMENT

31

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 900 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.

ACTIVITÉS SYNDICALES

INFIRMIÈRES ANESTHÉSISTES DIPLOMÉES D'ÉTAT : UNE AUTONOMIE RENFORCÉE



Paris, le lundi 14 novembre 2016 - Le projet de modification du décret R4311-12 portant sur l'exercice des infirmier(e)s anesthésistes diplômé(e)s d'état (IADE) a été présenté jeudi 27 octobre devant le Haut Conseil des Professions Paramédicales (HCPP). L'évolution de la définition et de l'exercice de la profession d'IADE ont reçu un accueil très favorable du Haut conseil, qui s'est prononcé par 24 avis pour et une abstention (SUD Santé) sur le projet de décret, rapporte sur son site le Syndicat national des infirmier(e)s anesthésistes (SNIA). Un passage en fin d'année devant l'Académie de médecine et au Conseil d'Etat 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.

Le projet de décret signe une forte avancée de la reconnaissance légale des pratiques réelles des IADE. Il prévoit notamment d'ajouter aux compétences exclusives des IADE le transport de certains patients ainsi que des prises en charge de la douleur postopératoire.

DES COMPÉTENCES ÉTENDUES

Dans ce texte la notion de « *stratégie anesthésique* » remplace celle de « *protocole* ». L'IADE intervient après que le médecin anesthésiste-réanimateur (MAR) ait rédigé la stratégie anesthésique, qui comprend notamment le choix et les conditions de mise en œuvre de la technique d'anesthésie ainsi que les objectifs à atteindre. Ainsi les IADE « *n'appliquent* » plus, sans marge de manœuvre, de simples protocoles mais dès lors que le patient a été évalué par le MAR, ils « *pratiquent* » l'anesthésie de façon autonome

encadrée (comme toute autonomie). Il est spécifié que le MAR devra être présent sur le site où sont réalisés les actes d'anesthésie ou la surveillance post-interventionnelle.

Le projet de décret conserve la mention selon laquelle les transports sanitaires dans le cadre d'un Service mobile d'urgence et de réanimation (SMUR) sont réalisés en priorité par l'IADE au lieu d'un autre infirmier. Il est ajouté que dans le cadre des transports infirmiers interhospitaliers (TIIH), l'IADE est le seul infirmier « habilité à réaliser le transport des patients stables intubés, ventilés ou sédatés ».

Autre avancée, la définition d'un nouveau rôle dans le cadre de la gestion de la douleur postopératoire hors du plateau technique. Le texte précise que l'IADE « *peut intervenir sur la prise en charge de la douleur postopératoire* » en pratiquant des techniques d' « *anesthésie loco-régionale et [des] réinjections dans le cas où un dispositif a été mis en place par un médecin anesthésiste-réanimateur* ».

Ces changements 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 que l'intégration de l'exercice IADE dans le cadre de la démarche de pratique avancée était programmée.

DES AVANÇÉES MAIS ...

« *C'est le mieux que nous ayons pu obtenir* », souligne le Syndicat national des infirmier(e)s anesthésistes (SNIA), pour qui le long et difficile travail de consensus qui a eu lieu ces derniers mois va déboucher « *sur un texte se rapprochant*

de la réalité de la pratique quotidienne des IADE ». « Pas de révolution mais une exclusivité d'exercice renforcée, une autonomie médicalement supervisée plus explicite avec des changements sémantiques de grande importance, une exclusivité pour les transports inter hospitaliers de patients ventilés, intubés ou sédatés, le maintien de notre priorisation en Services mobiles d'urgence et de réanimation (SMUR) ».

L'Ufmict-CGT décrit une véritable avancée et un rapprochement de l'exercice professionnel réel de terrain pratiqué par les IADE depuis toujours, dans une déclaration au HCPP. L'introduction de la « stratégie anesthésique » à la place du « protocole » revient « à supprimer la théorique et irréaliste validation préalable par le médecin de tout geste réalisé par l'IADE nécessaire à sa conduite de l'anesthésie », souligne le syndicat.

En matière de lutte contre la douleur, son « optimisation pourra être obtenue par la sortie des IADE des murs des blocs opératoires afin d'assurer un suivi spécifique dans les services d'hospitalisation » ajoute l'Ufmict-CGT, qui cependant juge le texte trop restrictif. Il devrait aussi prévoir l'utilisation par l'IADE « de méthodes particulièrement efficaces et non invasives en fort développement comme les techniques dites intégratives, domaine que les infirmier(e)s et tout particulièrement les IADE ont investi en pionniers ».

L'exclusivité du transfert des patients stables intubés, ventilés ou sédatés confiée aux IADE est synonyme de « meilleure prise

en charge », de « meilleure utilisation du temps médical » et d' « économies pour le système de santé », estime le syndicat.

Il avertit cependant : « Il manque un volet essentiel pour que le tableau soit complet et satisfaisant pour la profession : la reconnaissance statutaire et financière ». Question déjà posée le 18 octobre par les syndicats SNIA, FO, UNSA Santé & Sociaux, s'ajoutant à l'Ufmict-CGT dans un communiqué commun, après la deuxième journée de négociation à la DGOS sur la rémunération et le statut des IADE de la Fonction publique hospitalière (FPH) du 6 octobre : « 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 est avec sa survie et son renforcement statutaire la principale revendication de la profession ? ». Les IADE, bac plus 5 depuis plus de 45 ans, sont (avec les orthophonistes) les seuls paramédicaux gradués master... mais leur rémunération est moindre que beaucoup de BAC plus 3. Des négociations sont toujours en cours avec le ministère.

En plus de l'appel à participer au mouvement de contestation du 8 novembre, les syndicats (CGT, FO, Unsia, SNIA), les associations (ANEIA) représentants les IADE et les étudiants ont déjà envisagé une future journée mobilisation nationale spécifique dont la date pourrait être annoncée prochainement.

Dominique Monnier

Publié dans JIM le 14/11/2016

ACTIVITÉS SYNDICALES

POUR RAPPEL

L'ACCORD SUR LES "PARCOURS PROFESSIONNELS, CARRIÈRES ET RÉMUNÉRATION" DES FONCTIONNAIRES NE RECONNAÎT PAS LA PROFESSION D'INFIRMIER(E)-ANESTHÉSISTE À SON JUSTE NIVEAU DE RÉMUNÉRATION.

L'accord sur la modernisation des parcours professionnels, des carrières et des rémunérations¹ (PPCR) ne remplit pas ses objectifs et se fourvoie pour les filières soignantes à prédominance féminine, notamment en catégorie A, où elles restent sous-évaluées au regard d'autres filières ou cadres d'emploi à prédominance masculine (ex : fonctionnaires de la défense, de l'Etat...) qui obtiennent des sommets de grille sans équivalent et qui continuent de creuser l'écart. Ces écarts salariaux liés au genre dans la fonction publique ont été récemment décris.²

Nous rappelons qu'en 1972 la loi introduisit la notion d' "un salaire égal pour un travail de valeur égale"³ et que "sont considérés comme ayant une valeur égale les travaux qui exigent des salariés un ensemble comparable de connaissances professionnelles consacrées par un titre, un diplôme ou une pratique professionnelle, de capacités découlant de l'expérience acquise, de responsabilités et de charge physique ou nerveuse"⁴ (1983).

Le cas des Infirmier(e)s-Anesthésistes (IADE) illustre cette injustice de discrimination indirecte qui aurait pu être corrigée pour cette profession de pratique avancée exercée majoritairement par des femmes.

Les grilles indiciaires décidées et leurs évolutions jusqu'en 2019 ne prennent pas en compte :

- Le grade universitaire Master 2 adossé au diplôme d'Etat d'infirmier(e)- anesthésiste faisant suite à la réingénierie de la formation, aux avis favorables de multiples instances dont l'agence d'évaluation et de recherche de l'enseignement supérieur (2012) et à la publication du décret n° 2014-1511 du 15 décembre 2014⁵ .

1. Accord relatif à l'avenir de la fonction publique : La modernisation des parcours professionnels, des carrières et des rémunérations (PPCR) Annexes disponibles : http://www.action-publique.gouv.fr/files/files/PDF/annexe_PPCR.pdf

2. Écart de rémunérations entre les femmes et les hommes dans la fonction publique : sous le prisme des inégalités de genre - DGAFP / Défenseur des droits - 10/03/2015 - <http://www.fonction-publique.gouv.fr/files/files/statistiques/etudes/remunerations-femmes-hommes.pdf>

3. Loi n°72-1143 du 22 décembre 1972 RELATIVE A L'ÉGALITÉ DE REMUNÉRATION ENTRE LES HOMMES ET LES FEMMES

4. Loi n°83-635 du 13 juillet 1983 DITE "LOI ROUDY" PORTANT MODIFICATION DU CODE DU TRAVAIL ET DU CODE PENAL EN CE QUI CONCERNE L'ÉGALITÉ PROFESSIONNELLE ENTRE LES HOMMES ET LES FEMMES

5. Décret n° 2014-1511 du 15 décembre 2014 relatif aux diplômes de santé conférant le grade Master <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000029913517&categorieLien=id>

ACTIVITÉS SYNDICALES

- Les responsabilités liées à l'autonomie relative de l'exercice, envers la sécurité des personnes, de menaces de vie, d'actions extrêmes, de confidentialité, de transmission et de formation, ...
- Les exigences organisationnelles : charge émotionnelle, disponibilité, imprévisibilité (travail de nuit, gardes, astreintes), exposition aux dangers (biologiques, rayons ionisants, gaz halogénés...).
- En ce sens les conditions de reclassement imposées aux IADE dans le cadre du PPCR ne respectent pas le protocole d'accord relatif à l'égalité professionnelle entre les femmes et les hommes dans la fonction publique de 2013⁶ qui stipulait que "*Dans le cadre de la concertation relative aux parcours professionnels, aux carrières et aux rémunérations inscrites à l'agenda social, la situation des filières fortement féminisées et des écarts de rémunérations qui peuvent être constatés avec des filières plus mixtes ou plus fortement masculines sera examinée à situation juridique égale et qualification égale*".

En conséquence, la filière Infirmier(e)-Anesthésiste demande :

- La restitution du corps professionnel perdu suite au chantage du protocole dit "Bachelot"⁷ (2010).
- Le classement statutaire de ce corps en profession intermédiaire au même titre que les Infirmier(e)s de Pratique Avancée institués par l'article 119 de la loi de modernisation du système de santé⁸ (2016).
- L'attribution d'une grille indiciaire linéaire, réévaluée au même niveau que les autres cadres d'emploi de niveau universitaire équivalent.
- La prise en compte de la situation des cadres de santé Infirmier(e)s-Anesthésistes dans le contexte de ces avancées.

Le Conseil du SNIA
Février 2016

Documents clés note technique à consulter sur l'espace adhérent du site SNIA à l'aide des identifiants fournis par l'adhésion au SNIA. Pour tout problème contacter secretariat@snia.net

6. Protocole d'accord relatif à l'égalité professionnelle entre les femmes et les hommes dans la fonction publique - DGAFP - 2013
http://www.fonction-publique.gouv.fr/files/files/publications/politiques_emploi_public/20130308-Protocole-daccord-equalite-professionnelle.pdf

7. Protocole d'accord du 2 février 2010 relatif à l'intégration dans la catégorie A de la FPH des infirmiers et paramédicaux aux diplômes reconnus dans le LMD -2010-
<http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Protocol.pdf>

8. LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé
<https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2016/1/26/AFSX1418355L/jo#JORFARTI000031913702>



POSITION DU SNIA SUR L'EXERCICE EN PRATIQUE AVANCÉE

La référence communément admise est la définition du conseil international des infirmier(e)s (2008). « *Une infirmière praticienne en pratique infirmière avancée est une infirmière diplômée d'État ou certifiée qui a acquis les connaissances théoriques, le savoir-faire nécessaire aux prises de décisions complexes, de même que les compétences cliniques indispensables à la pratique avancée de son métier, pratique avancée dont les caractéristiques sont déterminées par le contexte dans lequel l'infirmière sera autorisée à exercer. Une formation de base de niveau maîtrise est recommandée* ». (2008)

Cette définition se transpose parfaitement à la profession d'infirmier(e)-anesthésiste diplômée d'État. Connaissances théoriques, savoir-faire et prises de décisions complexes sont le quotidien professionnel de l'IADE.

Les référentiels de formation, d'activité et de compétences publiés en 2012 prouvent par leurs contenus que l'IADE est déjà dans une pratique avancée des soins sur les champs de l'anesthésie-réanimation, la médecine d'urgence et la prise en charge de la douleur. [1]

Notre formation est, à ce jour, la seule à s'être hissée au niveau des exigences universitaires tout en gardant le côté professionnalisant nécessaire à une pratique sécuritaire du métier.

Le grade Master II est adossé au Diplôme d'État d'infirmier(e)-Anesthésiste depuis 2014. [2]

Un nouvel article R4311-12 va prochainement consacrer notre autonomie médicalement supervisée, les IADE seront seuls habilités à pratiquer l'anesthésie en sus de nouvelles responsabilités dans le cadres des transports inter-hospitaliers de patients « lourds ». [3]

L'International fédération of nurse anesthetists (IFNA) reconnaît très officiellement la pratique avancée de l'IADE français(e). [4]

Le Pr Jean-Louis Tourraine, rapporteur du titre III de la loi santé et plus précisément de l'article 119 (ex-30) sur l'IPA, déclarait au début de cette année : « *Actuellement, les IADE, de par leur expertise en anesthésie et en soins d'urgences, sont déjà des infirmiers de pratique avancée* ». [5]

Même les organisations médicales de la spécialité admettent la pratique avancée des IADE. [6]

La « coordination médicale » des IPA inscrite dans la loi ne s'oppose pas à notre pratique. En effet les IPA sont essentiellement créés pour le suivi de pathologies chroniques en oncologie, troubles endocriniens et maladies du vieillissement (...). La chronicité appelle à une simple coordination médicale, notre activité « aiguë » appelle à une supervision médicale.

Nous savons que les associations infirmières à l'origine de la création des IPA dans notre pays espèrent légitimement une activité totalement indépendante pour ces praticien(ne)s. Nous savons aussi que les réticences médicales sont très fortes face à cette volonté d'exercice indépendant. Notre autonomie médicalement encadrée est le fruit d'un consensus spécifique.

Nous ne voulons pas freiner la légitime volonté d'émancipation de la filière infirmière et nous ne nous opposons nullement au « chantier » IPA, néanmoins nous rappelons ici notre singularité d'exercice qui, au-delà des soins infirmiers, repose sur une pratique clinique d'activités « médicales », en autonomie relative et non pas sur un mode « prescrit », durant la phase per-anesthésique.

Cette singularité d'exercice reconnue dans la plupart des pays anglo-saxons (et au-delà) hormis le Canada (la spécialité n'existant pas, les anesthésies étant réalisées exclusivement par des médecins anesthésistes), ne semble pas avoir été prise en compte, ni citée dans les écrits disponibles de nos associations expertes.

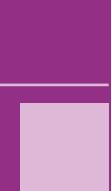
Comme dans tous les pays où il existe des « nurses practitioner », les IADE français doivent être situés au même niveau structurel qu'il soit législatif ou statutaire.

Il n'est pas concevable pour nous de créer des IPA ou IPA IADE sur nos champs d'exercice. En effet, si de nouvelles prérogatives devaient être envisagées concernant l'anesthésie-réanimation, la médecine d'urgence et la prise en charge de la douleur, nous revendiquerions le fait qu'elles soient directement inscrites dans nos référentiels de formation, d'activités et de compétences.

Le Conseil National du SNIA
11 décembre 2016

REFERENCES

1. Référentiel d'activités IADE : http://www.snia.net/uploads/7/7/8/5/7785148/r%C3%A9f%C3%A9rentiel_dactivit%C3%A9s_iade.pdf
Référentiel de compétences IADE: http://www.snia.net/uploads/7/7/8/5/7785148/%C3%A9f%C3%A9rentiel_de_comp%C3%A9tences_iade.pdf
Référentiel de formation IADE: http://www.snia.net/uploads/7/7/8/5/7785148/%C3%A9f%C3%A9rentiel_de_formation_iade.pdf
2. Décret n° 2014-1511 du 15 décembre 2014 relatif aux diplômes de santé conférant le grade master : <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2014/12/15/MENS1403389D/jo>
3. Réécriture du R.4311-12 du CSP en consensus IADE/MAR/DGOS actuellement au conseil d'état, sera publié aux JO au début de l'année 2017
4. Position de l'IFNA : <http://www.snia.net/uploads/7/7/8/5/7785148/ifna.pdf>
5. Position du rapporteur titre III LOI SANTÉ http://www.snia.net/uploads/7/7/8/5/7785148/courrierjl_touraine_-_mr_champion_iade-1.pdf
6. Position de la Société Française d'Anesthésie Réanimation : <http://sfar.org/levons-lincomprehension-sur-la-relation-iade-anesthesistes-reanimateurs/>



COMPTE RENDU DE L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE DU 3 DÉCEMBRE 2016

L'Assemblée Générale statutaire 2016 s'est déroulée le 3 décembre 2016 au siège parisien du SNIA.

- **11 personnes présentes, 12 au moment du vote sur la composition du conseil, et 127 représentées. Donc 139 votants.**
- **2 personnes en téléconférence.**

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

1. APPROBATION DU COMPTE RENDU DE L'AG 2015

Le compte rendu de l'assemblée générale 2015 publié dans le bulletin n° 203 du 1^{er} trimestre 2016 est approuvé à l'unanimité.

2. RAPPORT FINANCIER

Lecture est faite du montant des principaux postes budgétaires. La comptabilité est transparente et contrôlée par un cabinet comptable.

Pour l'année 2016 : 79 adhérents en tarifs réduits et 455 adhérents pleins tarifs.

Pour un total de 534 adhérents à jour de leur cotisation le 31 octobre 2016.

Il y a un déficit d'environ 2000 euros, qui aurait pu être équilibré par 20 adhésions de plus en taux de cotisation plein.

Il y a eu moins de frais car moins de réunions physiques pour plus de réunions téléphoniques.

Mais des frais sont à prévoir sur 2017 pour modifier et améliorer le parc informatique du SNIA et/ou externaliser certains services (environ 200 euros par mois)...

Il est prévu exceptionnellement de refaire une AG ordinaire en juin 2017 afin de respecter le calendrier annuel. Ensuite la

prochaine AG aura lieu en janvier ou février 2018, en lieu et place des AG qui jusqu'à présent avaient lieu en général au mois de décembre. Cette nouvelle date permettra de caler les adhésions sur une année civile ce qui facilitera grandement la comptabilité.

Fixation du montant de la cotisation 2017

Le conseil tombe d'accord sur le fait qu'il faut faire toujours plus de communication, plus de démarchage afin de faire connaître les actions du SNIA.

Après délibération, nous procémons au vote à main levée, pour le montant annuel des cotisations 2017.

L'augmentation du montant des cotisations 2017 est approuvée par 9 voix sur 11 (deux voix contre) :

IADE et Cadres de Santé : de 106 à 110 Euros

Etudiants : 33 à 36 Euros

Retraités : 33 à 36 Euros

3. RAPPORT MORAL DE L'ACTIVITÉ DU SYNDICAT

JANVIER

- Une lettre de vœux renouvelant les revendications du SNIA est envoyée à Madame Marisol TOURAINÉ.
- 20/01/16 : Compte-rendu de l'audition par les députés de la commission des affaires sanitaires et sociales du 13 janvier 2016. Suite à cela Monsieur SIRUGUE (Député à l'époque et actuel Secrétaire d'État chargé de l'Industrie auprès du ministre de l'Économie et des Finances) a envoyé un courrier à Marisol Touraine dans le but de soutenir les IADE.
- 21/01/2016 : L'intersyndicale SNIA/CGT/FO interpelle Marisol Touraine pour conclure les travaux sur l'exercice IADE. Un courrier lui est alors envoyé. Sans réponse de la part du ministère il est envisagé la journée de grève du 22/03/2016.
- Un nouveau front s'ouvre : la représentation IADE dans la gestion de la formation continue des professionnels. Le ministère de la santé aurait préparé un projet d'arrêté et un projet de convention fixant l'organisation de la nouvelle Agence nationale du développement professionnel continu dans lesquels sont prévus la composition de la commission scientifique paramédicale or ce texte supprime notre représentation dans cet organisme. De fait, le SNIA co-signé le CP du CIF sur ce sujet (CP réclamant une nouvelle composition).

- Courant janvier, il y a eu une réunion SMART et une réunion au CIF, dans ces deux réunions le SNIA a été représenté par M. Edouard Podyma (Secrétaire Général Adjoint SNIA).

FÉVRIER

- En février, le lobbying politique a été très actif. Certaines régions ont été très actives et ont obtenu des retours des parlementaires.

MARS

- 02/03/2016 : Annonce de la grève du 22/03/2016
- 09/03/2016 : Tract de l'intersyndicale sur la grève du 22/03/2016.
- 10/03/2016 : Lettre aux patients pour la grève du 22/03/2016.
- 11/03/2016 : Préavis de grève pour le 22/03/2016.
- 22/03/2016 : GREVE.
- L'intersyndicale a été reçue par Mme Gardel (Cabinet du ministère) et Mme Lenoir Salfati (DGOS). L'idée semblait de tenter de nous mettre en conflit avec les médecins. En effet, le SNIA a joué le jeu et rempli les cases du tableau donné par le Ministère. Le Ministère a ensuite présenté aux MAR ce qui n'était que des propositions comme étant des revendications.

Le SNIA a déminé le terrain en expliquant directement aux MAR la situation.

La grève a été déclenchée suite à la non communication des dates de réunions (concertation avec les MAR et les urgentistes). Le SNIA a reçu un mail du Ministère le matin même de la grève, contenant ces dates de réunions... Par la suite les réunions ont permis de répondre à Mr RIOU (SFMU) qui déclarait que les IADE n'avaient pas leur place dans les Smur et avec les urgentistes.

- En mars ont eu lieu également des réunions SMART, CIF, OGDPC/ANDPC.
- 31/03/2016 : Réponse de la filière IADE aux déclarations publiques et débats parlementaires récents.

AVRIL

- 27/04/2016 : Compte-rendu des réunions du 6 avril 2016. Réunion le matin avec les MAR, l'après-midi avec les IADE et les urgentistes. Les médecins urgentistes ne sont pas venus. Tous les syndicats étaient présents.

MAI

- En mai trois réunions : SMART, CIF IGAS, OGDPC/ANDPC. Le syndicat Sud Santé a grisé les accords, et à cause de leur intervention, l'ensemble des IADE est passé à côté d'un accord important. Le Ministère a profité de l'occasion pour renvoyer tout le monde sous prétexte que les demandeurs ne s'étaient pas mis d'accord.
- 29/05/2016 : Appel aux IADE pour soutenir le SNIA.

JUIN

- 02/06/2016 : Réunion annulée par la DGOS.
- Réunions SMART et CIF.
- 23/06/2016 : réunion de synthèse avec tous les représentants : IADE, MAR, ministère.
- La CFDT semble avoir joué sur le fait que le représentant de Samu Urgences de France se rassoir à la table des négociations.

JUILLET

- 13/07/2016 : « L'IADE peut-il induire seul en salle ? ». cet article juridique écrit par Bruno HUET (SNIA) répondait aux questions du Ministère qui considère toujours cela comme un « glissement de tâche ». Documents approuvés par le conseil.
- 15/07/2016 : Déclaration liminaire du SNIA au HCPP du 12/07/16. En réponse à l'attitude des urgentistes envers les IADE lors des négociations en réunions.
- 15/07/2016 : Compte-rendu de la réunion du 23 juin 2016.
- 15/07/2016 : Soutien du SNIA aux victimes et leur famille suite à la tragédie de Nice.

AOÛT

- 25/08/2016 : Lettre aux IADE : « La partie n'est pas finie ».

SEPTEMBRE

- Réunions SMART/CIF/HCPP.
- 14/09/2016 : Rappel du partenariat SNIA/CFAR avec le numéro vert d'écoute réservé aux professionnels de l'anesthésie réanimation.

4. RÉPONSES AUX QUESTIONS ET SOLICITATIONS DES PROFESSIONNELS

Il y a entre 200 et 300 sollicitations par an. Il est rappelé que les membres du conseil ne disposent pas de temps syndical et sont entièrement bénévoles. Les réponses sont faites en priorité aux adhérents sauf en cas de problème majeur pour le demandeur.

- 15/09/2016 : Compte-rendu des réunions du 12 et 13 septembre 2016.

Lors de cette réunion, les IADE étaient soutenus par les MAR. Il a été de suite réaffirmé que l'exclusivité d'exercice en anesthésie ne serait pas remise en cause et que le mot « seul » dans l'expression « est seul habilité à » du décret resterait.

- 22/09/2016 : Infirmier(e)s-Anesthésistes « low-cost », le Retour... Projet de droit européen contesté par le SNIA au HCPP.

OCTOBRE

- 08/10/2016 : Annonce du mouvement social du 08/11/2016 – Appel à la grève.
- 18/10/2016 : Compte rendu de la réunion de négociation DGOS du 6 octobre 2016.
- 19/10/2016 : Lancement du mouvement « #SoigneEtTaisToi » : Communiqué de presse des organisations infirmières et étudiantes appelant à la mobilisation générale le 8 novembre 2016. En sortie de réunion Simon TALAND a interpellé l'ensemble de la profession IADE et paramédicale sur le fait que le mouvement du 8 novembre aura lieu en grande partie sur l'impulsion du SNIA.
- 27/10/2016 : Révision du décret 4311-12. Le SNIA apporte un léger amendement en accord avec l'intersyndicale CGT/FO/SNIA. Pour l'ordonnance sur l'exercice partiel de la profession d'Infirmier, tout le HCPP a voté contre cette ordonnance, y compris l'ONI et l'Ordre des médecins.

NOVEMBRE

- Réunions HCPP, SMART, CIF.
- 08/11/2016 : Forte mobilisation pour le mouvement « #SoigneEtTaisToi ». Un dossier de presse a été mis en ligne sur le site du SNIA la veille. Le mouvement a été bien médiatisé et très suivi en région. Ce mouvement était unitaire, toutes les organisations contactées ont suivi et soutenu ce mouvement. Les IADE sont pris au sérieux, par la presse notamment qui les considère comme un élément moteur qui tire la profession vers le haut. Une pétition est lancée par les 18 organisations infirmières pour réécrire le décret infirmier.
- 24/11/2016 : CNESER, validation des modifications du référentiel IADE. Sera mis en application en 2017.
- 24/11/2016 : Nouveau mouvement. Le ministère doit revoir ses propositions à la hausse.
- Il est noté de remercier UFMIT/CGT pour la transparence dont ils font preuve envers le SNIA.
- Partenariat SNIA/CFAR (Numéro vert d'écoute dédié aux professionnels de l'anesthésie réanimation) sera renouvelé en 2017. Pour un coût de 1200 euros /an. Il est à noter que les radiologues et les MAR ont été ajoutés sur les autotests du site CFAR.
- Suite à des remarques, le conseil précise que de façon générale, les documents dits « sensibles » sont disponibles sur l'espace adhérent du SNIA.

ACTIVITÉS SYNDICALES

5. PUBLICATION DES BULLETINS SNIA

En 2016 sont parus 3 bulletins et une lettre d'information.

6. RENOUVELLEMENT DU CONSEIL SYNDICAL

Trois membres du conseil syndical sont en fin de mandat et ne se représentent pas : Monique GUINOT, Danie BOUDIGUET, Edouard PODYMA.

Deux membres du conseil syndical sont en fin de mandat et se représentent : Jean-Marc SERRAT, Bruno HUET.

Un membre du conseil syndical est démissionnaire : Jean Claude CULTY.

7. CANDIDATS SE PRÉSENTANT AU CONSEIL

Jean-Marc SERRAT et Bruno HUET, et 5 nouveaux candidats : Erwan HESPEL, Jacques ISOARD, Christophe PAYSANT, Emmanuel BARBE, Gérald DELARUE.

Leur profession de foi est lue au conseil.

Résultat du Vote, à bulletins secrets : 139 bulletins de vote sont exprimés (dont 127 pouvoirs).

Jean-Marc SERRAT : 139 voix (Elu)
Bruno HUET : 139 voix (Elu)
Erwan HESPEL : 139 voix (Elu)
Jacques ISOARD : 139 voix (Elu)

Christophe PAYSANT : 139 voix (Elu)
Emmanuel BARBE : 139 voix (Elu)
Delarue Gérald : 139 voix (Elu)

Tous les candidats sont élus à l'unanimité.

La prochaine réunion physique du conseil syndical est fixée au 07/01/2017. L'assemblée générale est close à 16 heures. Suit une discussion libre sur la profession ouverte à tous.

*Le Président de SNIA
Jean Marc Serrat*

COMPOSITION DU CONSEIL DU SNIA EN 2017

BUREAU

Président, Vice-président, Secrétaire général, Secrétaires Généraux Adjoints, Trésorier, Trésorier adjoint

SERRAT JEAN MARC	<i>Président, Conseiller National</i>
HUET BRUNO	<i>Vice-président, Conseiller National</i> <i>Chargé du secteur pré-hospitalier, des urgences et des relations avec les associations</i>
TALAND SIMON	<i>Secrétaire général, Conseiller National</i>
BARBE EMMANUEL	<i>Secrétaire général adjoint, Conseiller National</i>
DELARUE GÉRALD	<i>Secrétaire général adjoint, Conseiller National</i> <i>Chargé de missions auprès des politiques</i>
PAYSANT CHRISTOPHE	<i>Secrétaire général adjoint, Conseiller National</i>
CLUZES JEAN-CHRISTOPHE	<i>Trésorier, Conseiller National</i>
LAGARDE RAPHAËL	<i>Trésorier adjoint, Conseiller National</i> <i>Chargé de l'informatique et du site internet</i> <i>Référent formation</i>
COVA MARC PHILIPPE	<i>Conseiller National, Chargé de la coordination des régions et de la communication en région</i>
VAST ÉRIC	<i>Conseiller National, Chargé de la coordination des régions et de la communication en région</i>
HESPEL ERWAN	<i>Conseiller National, Chargé de la coordination des régions et de la communication en région et chargé de missions auprès des politiques</i>
ISOARD JACQUES	<i>Conseiller National Chargé de l'informatique et du site internet</i>
KOINIG ISABELLE	<i>Conseiller National</i>
BELLET SÉBASTIEN	<i>Conseiller National</i>
WAROT ARNAUD	<i>Conseiller National</i>

Conseil assisté de :

PODYMA EDOUARD	<i>Chargé des relations avec CIF et SMART</i>
MOREAUX AGNÈS	<i>Chargée de mission auprès de l'AIAS</i>
BOUDIGUET DANIE	<i>Chargée de la formation et du bulletin</i>
GUINOT MONIQUE	<i>Chargée de la formation</i>



NON À LA DÉQUALIFICATION DE L'ANESTHÉSIE !

La profession d'Infirmier(e)-Anesthésiste (IADE) fait partie des professions réglementées. À ce titre l'exercice de cette profession fait l'objet d'une autorisation d'exercice. Le droit français en accord avec la réglementation européenne permet l'exercice de la profession sur le territoire national à des professionnels ressortissants de l'UE ou de l'espace économique européen. Cet exercice est assujetti à une autorisation d'exercer délivrée par les Directions Régionales de la Jeunesse et des Sports et de la Cohésion Sociale (DRJSCS).

Cette procédure est loin d'apporter les garanties nécessaires au maintien de la sécurité des soins en anesthésie !
Le Syndicat National des Infirmier(e)s Anesthésiste constate de très graves lacunes dans ce dispositif !

- Il n'existe pas, à ce jour, de consensus entre les différentes DRJSCS pour octroyer les autorisations d'exercice et les mesures compensatoires nécessaires. Nous constatons que pour un même diplôme sous-qualifié au regard des standards français, des avis contradictoires ont été rendus, allant du refus, des mesures compensatoires partielles et insuffisantes jusqu'à des autorisations directes d'exercice IADE sans mesures compensatoires !
- Les commissions sont dans l'obligation de proposer des mesures compensatoires aux demandeurs même si celles-ci estiment que les professionnels ne satisfont pas aux conditions de formation minimales pour garantir la sécurité des soins en anesthésie !
- Pire, un échec à l'épreuve d'aptitude ou une évaluation de stage relevant des insuffisances n'empêcheront pas le demandeur de déposer un nouveau dossier de d'autorisation d'exercice auprès de la DRJSCS d'une autre région !

Alors que notre profession sort de plus d'un an de travaux auprès du Ministère de la Santé, en collaboration avec les représentants médicaux de l'anesthésie, pour réaffirmer la contribution essentielle des IADE au déroulement de l'activité d'anesthésie en France, nous ne pouvons pas accepter que des autorisations d'exercice soient délivrées dans le champ de l'anesthésie à des paramédicaux n'ayant pas les mêmes positionnements, expertises et prérogatives professionnelles sous le seul prétexte de la liberté d'installation et de prestations des ressortissants européens.

Il n'est pas acceptable que des professionnels ayant suivi des enseignements d'aide-anesthésiste d'une durée d'un an (60 ECTS) puissent se substituer aux Infirmier(e)s-anesthésistes français à qui leur formation de 2 ans graduée Master (120 ECTS) permet un exercice en pratique avancée de l'anesthésie-réanimation : Exercice garant de la qualité et de la sécurité des soins dans notre pays.

Devant la multiplication des cas de demandes d'exercice par des professionnels infirmiers ne présentant pas les garanties de formation suffisantes ;

Devant le projet de transposition par ordonnance de la directive 2013/55/UE et l'ouverture de l'exercice partiel de notre profession, malgré l'avis négatif unanime du Haut Conseil des Professions Paramédicales du 27 Octobre 2016 ;

Le SNIA entend interpeller l'ensemble des acteurs pour qu'un sursaut permette de prémunir nos concitoyens d'une déqualification rampante de la sécurité anesthésique.

*Le Conseil national du SNIA
 Paris, le 11 janvier 2017*

COMPTE-RENDU DE LA RÉUNION AU MINISTÈRE DE LA FONCTION PUBLIQUE DU 12 JANVIER 2017

Le 12 janvier, une délégation syndicale (CGT, CFDT, FO, SUD Santé et UNSA) était reçu au Ministère de la Fonction Publique par Madame Myriam BERNARD (directrice adjointe du cabinet d'Annick GIRARDIN Ministre de la Fonction Publique) afin de continuer le travail entrepris au Ministère de la Santé depuis plusieurs semaines et concernant les négociations salariales des Infirmier(e)s Anesthésistes de la Fonction Publique Hospitalière.

Après une introduction afin de reposer le contexte, Madame BERNARD a d'emblée posé les limites de cette négociation par la volonté de ne pas faire « exploser » le Parcours Professionnel Carrière et Rémunération (PPCR) voulu par la Présidence de la République. En d'autres termes, il ne sera pas possible de renégocier au-delà afin que l'architecture décidée et que ce PPCR soit préservé. La volonté du gouvernement est de trouver une issue rapide et de ne surtout pas faire traîner.

La valeur salariale, et donc la valorisation PPCR, est fonction de plusieurs critères, en premier les études (le diplôme) mais également de la nature et des fonctions exercées avec les responsabilités qui en découlent.

Après une présentation d'un exemple, par le Ministère de la Fonction Publique, d'une carrière dans un CHU de province (mais qui ne nous a pas été nommé) nous commençons le débat. Nous retrouvons des exemples de rémunérations annuelles incluant l'indiciaire mais également toutes les primes (prime Veil à 90€/mois, « IADE » à 120€/mois, l'indemnité de sujexion spécial et la prime de service) et les éléments variables (tels que les astreintes estimées à environ 1.000€ bruts par mois) pour les grades 3 (échelons 1 et 11) et les grades 4 (échelons 1 et 7). Au total nous avions des rémunérations nets échelonnées entre 2527,09€ par mois (grade 3 échelon 1) jusqu'à 3888,19€ par mois (grade 4 échelon 7).

La quasi-totalité des syndicats présents se sont fortement étonnés de ces montants et ont même d'ailleurs proposé leurs propres fiches de salaire qui sont loin des montants annoncés.

Mme BERNARD insiste pour dire que les IADE sont au moins aussi bien payés que les professeurs de l'Education Nationale, grâce à la volonté des gouvernements qui sont au pouvoir depuis 2012. Elle nous dit également que nous pouvons bien entendu ne pas être d'accord et que toutes ces concertations aboutiront Chez le Premier Ministre afin qu'il puisse statuer.

Concernant la volonté de la presque totalité des syndicats d'avoir une filière spécifique IADE avec un encadrement issu de celle-ci, la réponse du Ministère, appuyée en cela par une organisation syndicale, est une opposition totale et non négociable. Les cadres doivent toujours avoir un indice sommital supérieur car ils exercent une fonction leur donnant des responsabilités supérieures.

Au total les propositions données par le Ministère sont les suivantes :

- Une grille spécifique IADE ;
- Une augmentation de 50% de la « prime » IADE soit 30€ brut par mois ;
- La création d'une NBI (entre 7 et 10 points par mois).

La majeure partie des forces syndicales en présence ne considèrent pas ces propositions comme étant acceptables en l'espèce.

Une nouvelle rencontre est prévue le 25 janvier 2017 AM au Ministère de la Fonction Publique.

*Sébastien BELLET
Conseiller National du SNIA*

COMPTE-RENDU DE LA RÉUNION À L'ELYSEE DU 13 JANVIER 2017

Chères Consœurs, Chers Confrères,

Beaucoup d'entre nous laissons exprimer une immense déception, vis-à-vis des premiers échos de la réunion du 12 janvier au Ministère de la Fonction Publique - DGAFP. Aussi, lors de l'entretien à la Présidence de la République, j'ai pu relayer, avec un de nos confrères, la colère de la majorité de notre Corps Professionnel.

Ce qui est important de noter, c'est qu'il ne sera possible de générer de mouvement indiciaire vis-à-vis du PPCR, l'architecture de celui-ci étant fragile, et l'interdépendance des trois fonctions publiques y verrait un équilibre perturbé.

L'arbitrage interministériel avait été demandé par l'Elysée pour que la DGAFP puisse analyser les propositions faites par la DGOS, pour pouvoir rendre plus cohérente la négociation entre les deux afin de proposer aux IADE des solutions adaptées. Ainsi, l'indiciaire ne pouvant être une voie d'évolution, il resterait la voie indemnitaire pour croître nos rémunérations. (NBI)

Vous n'êtes pas sans le savoir, la proposition faite n'est pas du tout satisfaisante, elle est même aberrante.

Même si le fait d'acter la récupération d'un corps spécifique puisse être intéressant, il faut pouvoir nous imaginer dans une perspective d'évolution, or le sentiment exprimé était plutôt la désillusion.

Nous laisserons le soin à l'intersyndicale de négocier cette proposition, dans une négociation qualifiée d'"ouverte" par les Conseillers de L'Elysée.

Par ailleurs, grâce à la Présidence de la République, le vecteur Matignon appuiera la demande réalisée par les syndicats représentatifs, que nous avons pu argumenter comme logique et attendue par la plus grande majorité de la filière Infirmière Anesthésiste.

D'autre part, le Premier Ministre, Bernard Cazeneuve avait également, suite à un travail de fond du SNIA, appuyé sur une réévaluation cohérente de la NBI en regard du nouveau décret Infirmier Anesthésiste.

Quant à la prime spécifique IADE, jusqu'alors d'un montant de 120 euros, se verrait augmentée à 150 euros. Nous avons à ce sujet consulté les Syndicats et nous sommes entendus sur leurs futures requêtes auprès du Ministère de la Fonction Publique.

Nous n'avons pris aucune décision allant à l'encontre des syndicats mais avons, au contraire, soutenu un discours de consensus. Bien conscient que beaucoup d'entre vous n'aient plus confiance en la politique menée, je vous prie tout de même de croire, en la grande énergie déployée pour la promotion et la défense de nos intérêts auprès des officiels. Je vous remercie par ailleurs de la confiance que vous nous accordez lorsque nous nous exprimons dans le seul but de nous promouvoir et de nous défendre.

En attendant le 25 janvier, date à laquelle une nouvelle réunion au Ministère de la Fonction Publique est prévue, il n'est pas impossible de mettre en exergue, par des manifestations, le sentiment des IADE généré par la dite proposition initiale.

Des IADE unis qui se mobilisent peuvent influer sur les rapports avec les ministères et mener à des évolutions.

Dans le même objectif que chacun d'entre nous porte, celui d'approcher la meilleure issue possible, nous poursuivrons nos dialogues dans l'esprit le plus constructif possible avec les politiques.

En attendant, nous vous invitons à s'unir plus que jamais, dans les mouvements, dans les collectifs, sur les réseaux, pour faire avancer la profession entière.

Je vous remercie de votre confiance dans ce bras de fer politique et complexe.

*Gérald DELARUE
Conseiller National du SNIA*

ACTIVITÉS SYNDICALES

TROUBLES NEUROCOGNITIFS POSTOPÉRATOIRES EN PÉDIATRIE

J. HILLY*, H. DELIVET**, J. KINDERF*, S. DAHMANI*

I. Introduction

L'acte chirurgical consiste en une modification organique allant vers un « mieux », un « nécessaire », afin d'améliorer le fonctionnement du corps de l'enfant. Néanmoins par son caractère spécifique non habituel, il questionne, et engendre de l'anxiété. C'est là tout le travail d'une équipe soignante, permettre à l'enfant de « comprendre » ce qui se passe, et « d'entendre » la nécessité de l'intervention. Ce prérequis fait, reste un temps de préparation, d'intégration et d'élaboration du patient et de sa famille quant à la chirurgie. Si l'adaptation est un habitus auquel l'être humain se prête souvent de façon quasi inconsciente, l'acte chirurgical ramène la pensée à un pragmatisme obligatoire, rationnel, qui se doit d'être travaillé avec l'enfant et ses parents. Les compétences d'élaboration de ce processus diffèrent d'un enfant à un autre, d'un âge à un autre, d'un système familial à un autre. La préoccupation actuelle des équipes soignantes est bien ici d'intervenir au plus juste auprès de cette famille et de l'enfant.

Les études récentes telles que celle de Kain *et al.* [1] nous permettent aujourd'hui de prendre conscience de l'importance de la préparation à l'acte chirurgical, préparation psychologique du processus de changement afin de prévenir et d'améliorer le vécu postopératoire de l'enfant et de la famille. L'acte chirurgical ne peut désormais s'entendre à partir de l'arrivée au bloc opératoire, mais doit se penser dès la décision de la chirurgie.

L'inconnu est sans doute ce qui freine le plus l'être humain dans son avancée. Néanmoins, force est de constater la volonté quasi reflexe et inconsciente de vouloir « préparer », parer à cet inconnu. Dans notre cadre, l'anticipation apparaît comme le terme le plus proche de cette période préopératoire dans laquelle s'enfouissent rapidement les questions, les interrogations, les peurs, les résistances, les défenses, les croyances de chaque enfant et de chaque famille.

C'est bien dans cette volonté de combler cette latence anxiouse que nous souhaitons intervenir de façon pluridisciplinaire, afin d'accompagner cette phase d'anticipation anxiouse pour la rendre maîtrisable, entendable par l'enfant et par sa famille.

Tout au long du parcours péri-opératoire du patient, l'écoute et la reconnaissance du vécu réel de l'enfant vont permettre à ce dernier de reprendre le contrôle sur une situation qui le remet en question à chaque seconde, quant à ses capacités à y faire face, à s'y adapter. Donner des outils à l'enfant pour faire face à cette période de changement, semble très important dans l'amélioration qualitative de nos pratiques, et dans le vécu émotionnel et psychologique de l'enfant tout au long de ce processus. Il est primordial de prendre en charge les familles dès le préopératoire afin de prévenir les difficultés postopératoires.

Pour prévenir ces troubles et difficultés, les équipes soignantes développent des protocoles de prise en charge, médicaux et psychologiques, visant à intervenir sur ces difficultés psychocomportementales postopératoires, tels l'agitation et les troubles du comportement.

Nous présenterons également une prise en charge réalisée à l'hôpital Robert-Debré, l'atelier de préparation à la chirurgie, incluant parents et enfants dans l'identification à ce processus de changement, afin de travailler sur la latence d'anticipation anxiouse.

II. Troubles psychocomportementaux postopératoires

II.1 Agitation postopératoire

En 1967, Bastron *et al.* décrivent l'agitation postopératoire comme un ensemble de comportements à type d'inconsolabilité, d'excitation de désorientation et de délire, survenant chez des enfants, dans la première phase du réveil postanesthésique. Cette phase correspond le plus souvent aux 10 premières minutes suivant le réveil postanesthésique [2].

Cette complication spécifiquement pédiatrique est longtemps restée peu explorée du fait de sa faible occurrence avec les anciens agents anesthésiques tels que l'halothane. L'apparition des agents anesthésiques volatils de cinétique rapide (sévoflurane et desflurane) a démasqué cette complication en termes d'incidence estimée actuellement entre 20 et 80 % [3].

Son étiologie reste incomprise mais il semblerait qu'elle témoigne d'un réveil cortical rapide alors que les fonctions cognitives restent altérées, mettant l'enfant dans un état de confusion mentale.

L'agitation peut être mesurée dans la littérature par une échelle d'hétéroévaluation validée et standardisée : la *Pediatric Anesthesia Emergence Delirium scale* ou PAED scale [4]. Elle comprend 5 items : contact oculaire avec le soignant, réactions adaptées, conscience de l'environnement, agitation et inconsolabilité.

Les principaux facteurs de risque favorisant l'agitation postopératoire sont :

- Le niveau d'anxiété préopératoire [5, 6].
- L'âge préscolaire (< 6 ans) [7].
- L'utilisation du sévoflurane : l'incidence des épisodes d'agitation postopératoire est plus élevée après une anesthésie au sévoflurane, qu'après une anesthésie à l'halothane ou au propofol [8, 9].
- La douleur non traitée [10].
- Malgré sa réversibilité, l'agitation postopératoire reste une complication dangereuse pour l'enfant. Celle-ci a pour conséquence potentielle, une augmentation de la charge de travail des soignants, un risque de blessure pour l'enfant et enfin un stress pour les parents souvent présents en salle de surveillance post-interventionnelle (SSPI).

* Département d'Anesthésie-Réanimation, Hôpital Robert Debré, 48, boulevard Séurier, 75019 Paris.

** Centre d'évaluation et de traitement de la douleur, Hôpital Robert-Debré, 48, boulevard Séurier, 75019 Paris.

Correspondance : J. Hilly. Email : juliehilly@yahoo.fr

II.2 Troubles du comportement postopératoires

Parallèlement aux phénomènes d'agitation, des troubles du comportement postopératoires (TCPO) sont également observés.

Décris par Vernon en 1966, ces TCPO regroupent un ensemble de symptômes plus ou moins sévères : anxiété, angoisse de séparation, troubles du sommeil, troubles de l'alimentation, refus de l'autorité et enfin apathie, apparaissant chez l'enfant après une intervention chirurgicale [11]. De cette description, Vernon a élaboré un hétéroquestionnaire de 27 items, le *Post Hospital Behavioural Questionnaire* (PHBQ).

Dans la majorité des études, ces troubles surviennent dans la première semaine postopératoire [12-14]. L'incidence de ces TCPO varie selon les auteurs. Pour Kotiniemi, elle est de 47 % à J1 postopératoire, et pour Kain de 67 % à J1 postopératoire et de 23 % à 2 semaines [13, 14].

Les principaux facteurs de risque favorisant les TCPO sont :

- L'âge préscolaire (< 6 ans) : Kain démontre que le risque de TCPO est multiplié par 4 si l'enfant est âgé de moins de 4 ans [15].
- L'anxiété préopératoire [5, 16].
- La personnalité de l'enfant : le risque de TCPO augmente chez les enfants ayant des difficultés relationnelles et d'adaptation [17].
- Les circonstances de l'hospitalisation : l'hospitalisation conventionnelle (vs ambulatoire), la chirurgie génito-urinaire, un mauvais contact avec un soignant sont des facteurs de risque de TCPO [13, 18].
- Les TCPO peuvent à distance constituer des complications affectant la réhabilitation postopératoire. De fait, ces troubles, bien que réversibles, constituent souvent un motif de consultation médicale ou chirurgicale dans la période postopératoire.

III. Moyens de lutte contre les troubles comportementaux postopératoires

Diverses stratégies sont actuellement employées afin de réduire les troubles neurocognitifs postopératoires. Leur efficacité reste néanmoins controversée, et des contraintes organisationnelles peuvent limiter leur utilisation. Ces moyens de prévention sont les suivants.

III.1 Prémédication

En anesthésie pédiatrique, la prémédication est un moyen de lutte contre l'anxiété préopératoire controversé. Sa principale vocation est de diminuer le stress émotionnel consécutif à la séparation du milieu familial et à l'arrivée dans un milieu inconnu.

La prémédication la plus utilisée en anesthésie pédiatrique est le midazolam. Cette benzodiazépine de courte durée d'action peut être administrée par voie nasale, orale et intrarectale. Ces principaux effets sont l'amnésie antérograde et l'anxiolyse. L'hydroxyzine est également utilisée par voie orale. Le midazolam semble avoir une meilleure efficacité sur l'anxiété préopératoire que l'hydroxyzine, mais il n'y a pas de différence significative entre les deux molécules concernant l'agitation postopératoire et les TCPO [19].

Certaines études de Kain sont en faveur de la prémédication : le midazolam réduit l'anxiété préopératoire [20], et est efficace sur certains TCPO (séparation, troubles alimentaires). À l'inverse, une autre étude de Kain souligne au

contraire l'inefficacité de la prémédication chez les enfants les plus jeunes et les plus émotifs [21]. Plusieurs travaux sont en défaveur de la prémédication pour la prévention des événements postopératoires : d'après une mété-analyse de Dahmani *et al.*, il n'y a pas d'effet sur l'agitation postopératoire [3]. D'après Wright *et al.*, elle entraînerait un rebond d'anxiété à la sortie de SSPI [22], et dans l'étude de Mac Graw *et al.*, on retrouve plus de TCPO à 1 semaine [23]. Ce rebond d'anxiété et les TCPO qui en découlent pourraient être expliqués par l'amnésie antérograde induite par le midazolam.

III.2 Présence des parents au bloc opératoire

L'effet bénéfique de la présence des parents à l'induction anesthésique (PPIA) sur la diminution de l'anxiété est controversé : les études de Kain de 1996 et 2000 sont en faveur de la PPIA si les enfants sont anxieux avec des parents calmes, et chez les enfants de plus de 4 ans [24, 25]. De plus, la satisfaction des parents est augmentée [26]. À l'inverse, l'étude de Bevan [27] ne démontre pas d'intérêt à la PPIA : il n'y a pas de diminution de l'anxiété préopératoire des enfants et des parents, pas d'amélioration sur l'acceptation du masque, et il existe un effet négatif de la présence des parents anxieux. De plus, la PPIA ne permettrait pas de prévenir les TCPO [20].

Les enfants qui bénéficiaient le plus de la présence des parents à l'induction sont les enfants d'âge préscolaire, handicapés, ayant des pathologies chroniques avec interventions itératives, ou ne parlant pas le français.

III.3 Hypnose à l'induction

Par sa capacité d'évasion et la confusion entre l'imaginaire et le réel, l'enfant va naturellement entrer en hypnose. Celle-ci est utilisée au moment de l'induction anesthésique, de l'entrée en salle d'opération jusqu'à la perte de conscience. Elle permet une meilleure adaptation de l'enfant à l'environnement étranger du bloc opératoire par la suggestion d'images lui rappelant un environnement familier. Les résultats de l'étude de Calipel *et al.* concernant la pratique de l'hypnosédation lors de l'induction anesthésique montrent une efficacité supérieure de l'hypnose à celle du midazolam sur le niveau d'anxiété préopératoire et la survenue des TCPO dans les 2 premières semaines suivant la chirurgie [28]. En revanche, la mise en œuvre de cette pratique à grande échelle est difficile. En effet, elle requiert la participation de personnel formé à la technique d'hypnose, voire l'intervention de psychologues utilisant cette technique dans le cadre d'une prise en charge psychologique formalisée, un entretien préanesthésique qui peut aller jusqu'à une réelle prise en charge psychologique, et la coopération de toute l'équipe (imitation du bruit et des gestes en salle d'intervention, un interlocuteur unique et dédié à l'hypnose pour l'enfant, etc.).

III.4 Moyens de distraction

Ils sont nombreux et variés, mis en place de façon diverse dans les hôpitaux pédiatriques, et font de plus en plus appel aux outils interactifs. On peut citer des mesures simples comme l'écoute de musique, la diffusion de dessins animés en salle de pré-induction, ou le jeu avec des personnels bénévoles. Une équipe italienne a testé l'effet sur l'anxiété des parents et des enfants de la présence de clowns en salle d'intervention [29]. Elle permettait de réduire l'anxiété des enfants à l'induction, mais les personnels soignants n'étaient pas satisfaits des contraintes organisationnelles.

L'étude de Patel *et al.* compare l'effet sur les troubles psycho-comportementaux péri-opératoires d'un jeu vidéo spécialement conçu autour de l'anesthésie générale, avec la PPIA et la prémédication par midazolam. Elle retrouve une diminution significative de l'anxiété préopératoire dans le groupe « jeu vidéo », mais pas dans les autres groupes. Il n'y a pas de différence significative sur les TCPO mesurés par le PHBQ [30].

III.5 Ateliers de préparation à l'intervention chirurgicale

Parmi les mesures non pharmacologiques, la préparation des enfants et de leurs parents en amont de l'intervention est maintenant utilisée depuis plusieurs années. Cette préparation peut prendre la forme de réunions d'informations, de projection de films, d'apprentissage par distraction avec familiarisation avec le matériel (masque, tunique, charlotte, etc.). Les premières études effectuées par Kain, ayant évalué ces mises en condition ont obtenu des résultats controversés en fonction du type de chirurgie, du délai avant la chirurgie (1 à 2 jours avant pour les 2 à 4 ans, et 5 à 10 jours avant pour les 5 à 12 ans) [31], de l'âge, du tempérament, et des expériences précédentes de l'enfant [32]. De plus l'amélioration observée sur l'anxiété préopératoire ne se maintient pas lors de l'induction. L'étude de Davidson *et al.* souligne l'effet négatif d'une information non adaptée [33]. Plus récemment l'étude ADVANCE de Kain (2007), compare l'efficacité d'un programme de préparation de 30 minutes avec projections de vidéos explicatives et distribution de brochures en présence des parents et avec PPIA (groupe ADVANCE), *versus* un groupe contrôle, un groupe PPIA et un groupe midazolam. Dans le groupe ADVANCE, il y a une baisse significative de l'anxiété préopératoire, de l'agitation postopératoire, de la consommation d'antalgiques et de la durée de séjour en SSPI [1].

C'est dans ce contexte que deux infirmières anesthésistes ont constitué une équipe pluridisciplinaire (IADE, IBODE, IDE, aide-soignant et auxiliaire puériculture) réunissant ainsi les blocs opératoires (hôpital de jour ou chirurgie lourde) et les différents services d'hospitalisation, afin de mettre en place un atelier de préparation à l'opération.

Nous avons également établi un partenariat avec les psychologues des différents services, rendant ainsi possible une rencontre entre les enfants, leur famille et les soignants avant l'hospitalisation.

BIBLIOGRAPHIE

- [1] Kain ZN, Caldwell-Andrews AA, Mayes LC, Weinberg ME, Wang SM, McLaren JE *et al.* Family-centered preparation for surgery improves perioperative outcomes in children : a randomized controlled trial. *Anesthesiology* 2007 ; 106 (1) : 65-74.
- [2] Cole J, Murray DJ, McAllister JD, Hirshberg GE. Emergence behaviour in children : Defining the incidence of excitement and agitation following anesthesia. *Pediatr Anesth* 2002 ; 12 : 442-7.
- [3] Dahmani S, Stany I, Brasher C, Lejeune C, Bruneau B, Wood C *et al.* Pharmacological prevention of sevoflurane- and desflurane-related emergence agitation in children : a meta-analysis of published studies. *Br J Anaesth* 2010 ; 104 (2) : 216-23.
- [4] Sikich N, Lerman J. Development and psychometric evaluation of the pediatric anesthesia emergence delirium scale. *Anesthesiology* 2004 ; 100 : 1138-45.
- [5] Kain ZN, Caldwell-Andrews AA, Maranets I, McClain B, Gaal D, Mayes LC *et al.* Preoperative anxiety and emergence delirium and post-operative maladaptive behaviours. *Anesth Analg* 2004 ; 99 : 1648-54.
- [6] Kain ZN, Mayes LC, Cicchetti DV, Bagnall AL, Finley JD, Hofstatter MB. The Yale Preoperative Anxiety Scale : how does it compare with a « gold standard » ? *Anesth Analg* 1997 ; 85 : 783-8.
- [7] Aono J, Ueda W, Mamiya K, Takimoto E, Manabe M. Greater incidence of delirium during recovery from sevoflurane anesthesia in preschool boys. *Anesthesiology* 1997 ; 87 : 1928-300.

Cette rencontre a lieu sous forme d'un atelier bimensuel animé par 4 adultes minimum pour 8 enfants, de deux tranches d'âge : 4-10 ans pour les plus petits et 11-18 ans pour les plus grands. Nous réalisons cet atelier avec pour support :

- Des albums photos et deux films spécifiquement élaborés pour l'atelier par notre équipe. Nous avons particulièrement choisi les mots du scénario ;
- Des maquettes représentant les blocs opératoires que les enfants et nous-mêmes animons avec des Playmobil.

Nous leur présentons leur tenue de bloc opératoire, leur masque d'anesthésie et les rendons acteur de leur endormissement en leur faisant choisir le parfum de celui-ci avec des feutres.

L'atelier a pour but de dédramatiser cette période anxiogène, pour les enfants et les parents, et met l'accent sur le moment de la séparation. La présentation de l'atelier se fait de manière ludique et adaptée à l'âge et à l'imaginaire de l'enfant.

En parallèle, une partie de notre équipe d'anesthésie utilise lors de l'induction des techniques d'hypno-analgésie afin d'encore améliorer notre prise en charge péri-opératoire.

IV. Conclusion

Les troubles psychocomportementaux sont fréquents en anesthésie pédiatrique. L'anxiété préopératoire favorise la survenue d'épisodes d'agitation postopératoire et de TCPO. Le traitement de ces troubles est avant tout préventif, par la mise en œuvre de méthodes permettant de diminuer l'anxiété préopératoire.

Parmi les méthodes proposées, il existe la préparation à l'anesthésie et à la chirurgie par des ateliers. Le bénéfice de ces ateliers est l'amélioration de la qualité de soins pour les patients en dédramatisant le passage au bloc opératoire. Il a été prouvé qu'une préparation bien menée permet de diminuer l'anxiété préopératoire et les épisodes d'agitation postopératoire [1]. Forts de ces constatations, nous avons décidé à l'hôpital Robert-Debré de mettre en place notre propre préparation à l'anesthésie et à la chirurgie, permettant ainsi à l'enfant de se familiariser avec les différents lieux et acteurs qu'il va rencontrer.

- [8] Cravero J, Surgenor S, Whalen K. Emergence agitation in pediatric patients after sevoflurane anesthesia and no surgery : a comparaison with halothane. *Pediatr Anesth* 2000 ; 10 : 419-24.
- [9] Cohen IT, Finkel JC, Hannallah RS, Hummer KA, Patel KM. Rapid emergence does not explain agitation following sevoflurane anesthesia in infants and children : a comparaison with propofol. *Pediatr Anesth* 2003 ; 13 (1) : 63-7.
- [10] Beskow A, Westrin P. Sevoflurane causes more postoperative agitation in children than does halothane. *Acta Anaesthesiol Scand* 1999 ; 43 : 536-41.
- [11] Vernon DT, Schulman JL, Foley JM. Changes in children's behavior after hospitalization. Some dimensions of response and their correlates. *Am J Dis Child* 1966 ; 111 (6) : 581-93.
- [12] Kain ZN, Wang SM, Mayes LC, Caramico LA, Hofstadter MB. Distress during the induction of anesthesia and postoperative behavioral outcomes. *Anesth Analg* 1999 ; 88 : 1042-7.
- [13] Kotiniemi LH, Ryhänen PT, Valanne J, Jokela R, Mustonen A, Poukkula E. Postoperative symptoms at home following day-case surgery in children : a multicentre survey of 551 children. *Anaesthesia* 1997 ; 52 : 963-9.
- [14] Kotiniemi LH, Ryhanen PT. Behavioural changes and children's memories after intravenous, inhalation and rectal induction of anaesthesia. *Pediatr Anesth* 1996 ; 6 (3) : 201-7.
- [15] Kain ZN, Mayes LC, O'Connor TZ, Cicchetti DV. Preoperative anxiety in children. Predictors and outcomes. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1996 ; 150 : 1238-45.
- [16] Aono J, Mamiya K, Manabe M. Preoperative anxiety is associated with a high incidence of problematic behaviour on emergence after halothane anesthesia in boys. *Acta Anaesthesiol Scand* 1999 ; 43 : 542-4.
- [17] Kain ZN, Mayes LC, Weisman SJ, Hofstadter MB. Social adaptability, cognitive abilities, and other predictors for children's reactions to surgery. *J Clin Anesth* 2000 ; 12 : 549-54.
- [18] Thompson RH, Vernon DT. Research on children's behavior after hospitalization : a review and synthesis. *J Dev Behav Pediatr* 1993 ; 14 (1) : 28-35.
- [19] Hilly J, Louvet N, Constant I. Influence de la prémedication sur l'incidence des troubles psycho-comportementaux, chez l'enfant anesthésié au sévoflurane : midazolam *versus* hydroxyzine. Mémoire DES anesthésie-réanimation, Octobre 2010.
- [20] Kain ZN, Mayes LC, Wang SM, Caramico LA, Hofstadter MB. Parental presence during induction of anesthesia *versus* sedative premedication : which intervention is more effective ? *Anesthesiology* 1998 ; 89 (5) : 1147-56.
- [21] Kain ZN, McLaren J, McClain BC, Saadat H, Wang SM, Mayes LC *et al.* Effects of age and emotionality on the effectiveness of midazolam administered preoperatively to children. *Anesthesiology* 2007 ; 107 (4) : 545-52.
- [22] Wright KD, Stewart SH, Finley GA, Buffet-Jerrott SE. Prevention and intervention strategies to alleviate preoperative anxiety in children : a critical review. *Behav Modif* 2007 ; 31 (1) : 52-79.
- [23] McGraw T, Kendrick A. Oral midazolam premedication and postoperative behaviour in children. *Paediatr Anaesth* 1998 ; 8 (2) : 117-21.
- [24] Kain ZN, Mayes LC, Wang SM, Caramico LA, Krivutza DM, Hofstadter MB. Parental presence and a sedative premedicant for children undergoing surgery : a hierarchical study. *Anesthesiology* 2000 ; 92 (4) : 939-46.
- [25] Kain ZN, Mayes LC, Caramico LA, Silver D, Speiker M, Nygren MM *et al.* Parental presence during induction of anesthesia : a randomized controlled trial. *Anesthesiology* 1996 ; 84 (5) : 1060-7.
- [26] Henderson MA, Baines DB, Overton JH. Parental attitudes to presence at induction of paediatric anaesthesia. *Anaesth Intensive Care* 1993 ; 21 (3) : 324-7.
- [27] Bevan JC, Johnston C, Haig MJ, Tousignant G, Lucy S, Kirnon V *et al.* Preoperative parental anxiety predicts behavioural and emotional responses to induction of anaesthesia in children. *Can J Anaesth* 1990 ; 37 (2) : 177-82.
- [28] Calipel S, Lucas-Polomeni MM, Wodey E, Ecoffey C. Premedication in children : hypnosis *versus* midazolam. *Paediatr Anaesth* 2005 ; 15 (4) : 275-81.
- [29] Vagnoli L, Caprilli S, Robiglio A, Messeri A. Clown doctors as a treatment for preoperative anxiety in children : a randomized, prospective study. *Pediatrics* 2005 ; 116 (4) : 563-7.
- [30] Patel A, Schieble T, Davidson M, Tran MC, Schoenberg C, Delphin E *et al.* Distraction with a hand-held video game reduces pediatric preoperative anxiety. *Paediatr Anaesth* 2006 ; 16 (10) : 1019-27.
- [31] Kain ZN, Caramico LA, Mayes LC, Genevra JL, Bornstein MH, Hofstadter MB. Preoperative preparation programs in children : a comparative examination. *Anesth Analg* 1998 ; 87 (6) : 1249-55.
- [32] Kain ZN, Mayes LC, Caramico LA. Preoperative preparation in children : a cross-sectional study. *J Clin Anesth* 1996 ; 8 : 508-14.
- [33] Davidson AJ, Shrivastava PP, Jamsen K, Huang GH, Czarnecki C, Gibson MA *et al.* Risk factors for anxiety at induction of anesthesia in children : a prospective cohort study. *Paediatr Anaesth* 2006 ; 16 (9) : 919-27.

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

ARTICLE PROFESSIONNEL

LE DAMAGE CONTROL À LA PHASE PRÉHOSPITALIÈRE

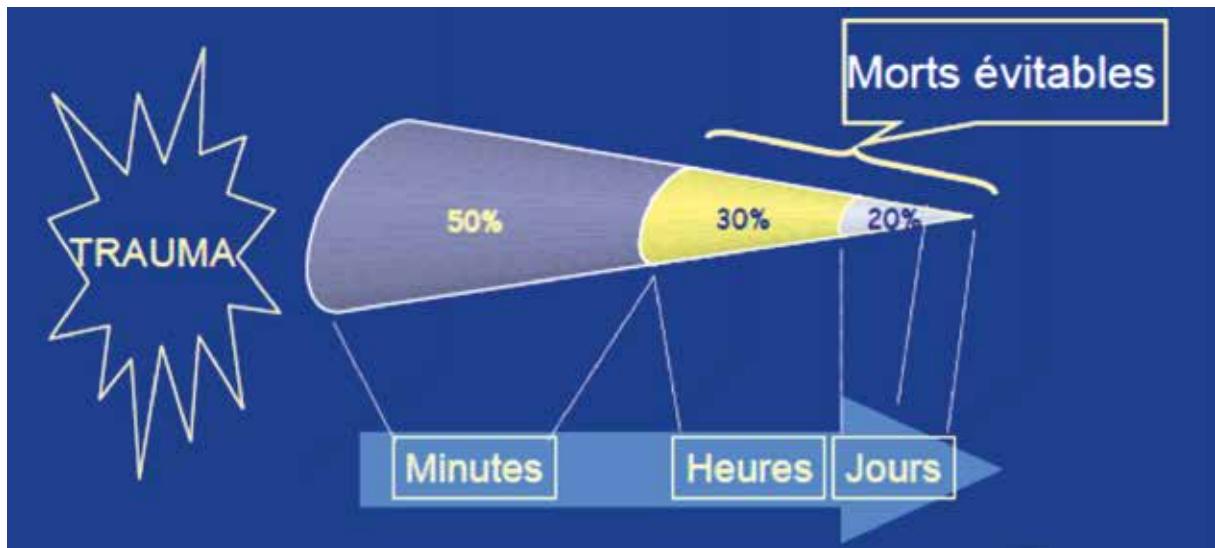
Par Lionel DEGOMME, IADE Smur de l'hôpital Lariboisière, Claire BROCHE, Médecin Urgentiste Responsable du Smur de l'hôpital Lariboisière, Paris

Suite aux événements tragiques qui se sont déroulés en France, un concept a refait son apparition dans nos pratiques de prise en charge de nombreuses victimes à la phase préhospitalière : le damage control. C'est un concept qui vient de l'US Navy et qui consiste en la capacité d'un navire à absorber les dommages en poursuivant sa mission et en les réparant au port secondairement.

Le principe est assez simple, il faut trier et traiter sur place les victimes traumatisées graves par des moyens rapides de prise en charge pour lutter contre la mortalité très précoce (1^{re} heure). Nous ne parlerons que du damage control ressuscitation dans cet article.

C'est « l'ensemble des manœuvres immédiates à réaliser pour maintenir la survie du patient ».

(Pourmoghadam KK et Al. J Trauma 1997;43:126-130)



Le damage control à la phase préhospitalière est le damage control Ground Zero qui correspond à la phase de réanimation précoce.

L'objectif est de lutter contre des éléments qui aggravent le pronostic vital des victimes et qui sont : l'hémorragie

et la triade létale. Dans de nombreuses études réalisées dans des pays en guerre, le taux de survie des militaires blessés en opération était très faible. Après réflexion et analyse, on pouvait augmenter le taux de survie par des gestes simples effectués sur le terrain.

A) COMMENT LUTTER CONTRE L'HÉMORRAGIE

1. La compression manuelle



Technique rapide et facile.

Comprimez directement avec un linge propre ou un pansement américain. Si possible mettre des gants ou se protéger les mains avec un sac plastique.

2. La pose d'un garrot tactique



Avec autorisation du laboratoire Silvert Médical

- Une main au-dessus de la lésion ou à la racine du membre.
- Survie : 90 % si posé avant le choc versus 10 % si patient en état de choc hémorragique décompensé.
- Moins de 5 % de complications si laissé plus de 150min.
- Il faut le réévaluer.

3. Pansement ISRAELIEN

Pansement simple à poser et mise en place rapide.

4. it-Clamp®

En rapprochant les berge s de la plaie, le saignement est contrôlé.

5. Agents hémostatiques

CELOX



Xstat

Utilisation rapide en dépliant la bande qui vient se mettre dans la plaie ou utilisation de la seringue qui se place dans la plaie. (Les petites éponges viennent faire l'hémostase en se dépliant).

6. Principes

- Toujours réévaluer (resserrer un garrot, changer de méthode).
- Choisir la méthode la plus efficace, rapide et la moins délétère possible (garrot si pas d'autre solution).

B) LA TRIADE LÉTALE : CERCLE VIEUX

- Hypothermie <34 °C.
- Coagulopathie : dilution, consommation.
- Acidose métabolique : PH < 7,2, lactates > 5 mmol/l, conséquence de l'état de choc.

COMMENT LUTTER CONTRE LA TRIADE LÉTALE**1) Remplissage vasculaire**

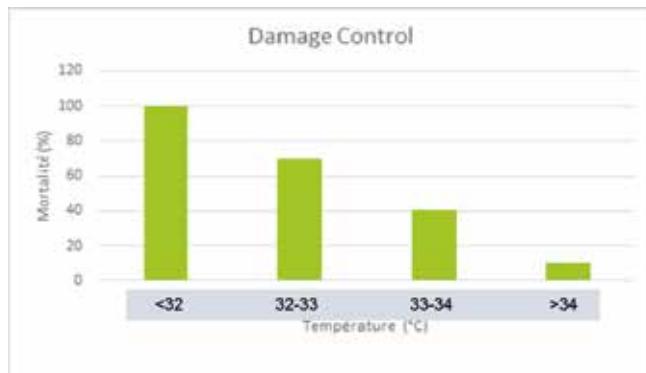
- Principe : Hypotension permissive
 - PAS 80-90 mmHg /PAM >80 mmHg si TC Grave.

ARTICLE PROFESSIONNEL

- Méthode
 - Abord vasculaire : 14-16 G / Voie intra osseuse.
 - Remplissage très prudent = bas volume Nacl 0,9 % voire SSH.
 - Catécholamines : Noradrénaline 0,25 mg/ml en PSE.
 - Objectifs
 - PAS > 80 mmHg.
 - Conscient.
 - Pouls radial.
- 2) Anti-fibrinolytique**
- Acide tranexamique (Exacyl®) : Adulte : 1 g IVL , Enfant < 12 ans 15 mg/kg IVL.

3) Hypothermie

- Inhibe certains facteurs de coagulation, altère les plaquettes.
- Perte de 10 % d'hémostase par degré en dessous de 37°C.
- Méthodes
 - Découvrir la victime le moins possible (examen clinique).
 - Protection de la victime avec moyen simple.
 - Couverture de survie.
 - Réchauffer la cellule sanitaire du véhicule.
 - Réchauffer les perfusions (ambiance chauffée, moteur des véhicules en marche).
 - Couverture chauffante...
- Objectif : maintenir une température supérieure à 35°C



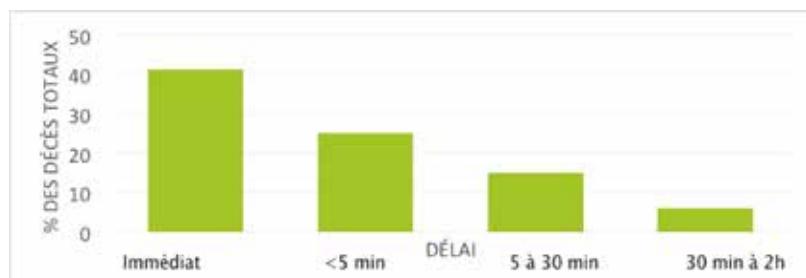
Jurkovich J Trauma 1987

C) SAFE /MARCHE /RYAN

- Un changement radical de prise en charge a été mis en place en appliquant le SAFE MARCHE RYAN. C'est une méthode militaire adaptée au civil : Traiter ce qui tue en premier.

Le tableau ci-dessous résume bien la prise en charge qui doit être rapide et efficace.

Quand meurent les victimes :



Bellamy RF. Combat Trauma Overview. Textbook of Military Medicine.

S A F E

S : Stop the burning process: Eliminer la menace = rôle des forces de l'ordre (BRI,GIGN,RAID).

A : Assess the scene : Evaluer la situation = le premier arrivé fait un bilan rapide.

F : Free of danger for you : Ne pas s'exposer = ne pas mettre les équipes de secours en danger.

E : Evaluation = évaluer rapidement les victimes

M A R C H E : Deux niveaux

Niveau 1 secouriste et *niveau 2 dit médical* possible au PMA où la victime sera réévaluée.

M : Massive bleeding control : Stopper l'hémorragie (penser à retourner le patient).

A : Airway : LVAS, guédel, +/- coniotomie (= ponction trachéale intercricoïdienne), *IOT*.

R : Respiration : Position assise, Si pneumothorax suffocant = exsufflation à l'aiguille (14G pour adulte) voire thoracotomie de sauvetage au doigt, *oxygénothérapie, pansement 3 côtés ou valve d'Aschner*.

C : Circulation : Présence d'un pouls radial ? oui / non ; *VVP ou KTO, remplissage, noradrénaline voire adrénaline*.

H : Head et Hypothermie : Evaluation neuro, si inconscient PLS, couverture de survie.

E : Evacuation rapide vers un hôpital (fiche sinus, bracelet et FMA).

R Y A N : les gestes sont réalisés

R : Réévaluation.

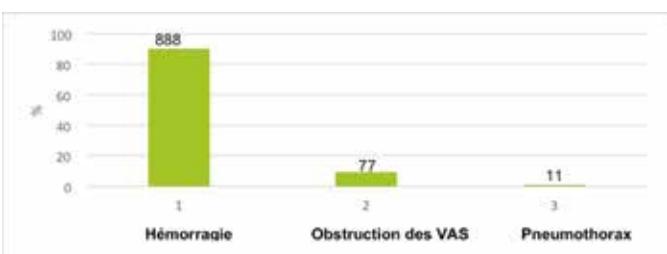
Y : Yeux (plaies), oreilles (otorragie).

A : Analgésie (morphine).

N : Nettoyage (prévention des infections).

Décès évitables

Nous pouvons voir dans le tableau ci-contre que les victimes meurent en premier d'hémorragie, puis d'obstruction des VAS et de pneumothorax sous tension.

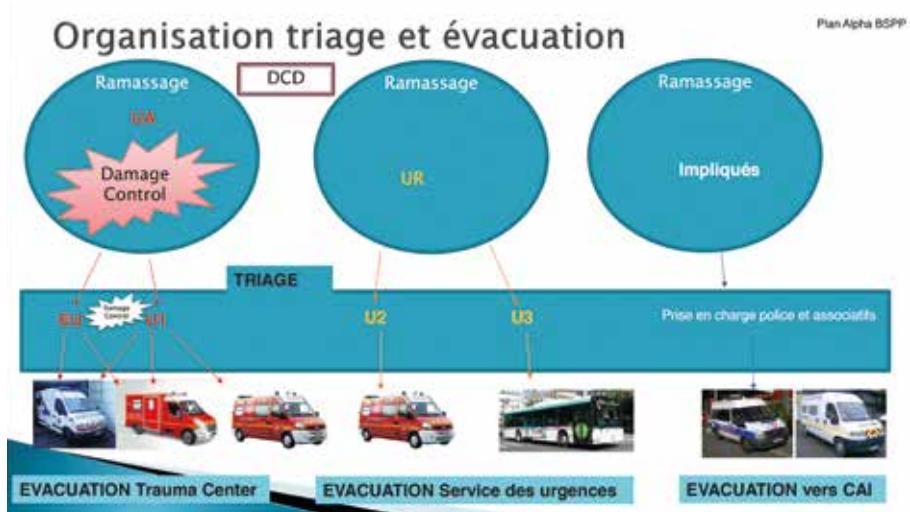


Eastridge et al. Death on the battlefield (2001-2011) : Implications for the future of combat, J Trauma 2012

D) ORGANISATION ET TRIAGE

L'organisation des secours doit prendre en compte l'inadéquation éventuelle entre le nombre de patients à traiter et les secours présents sur place en préhospitalier. Elle sera réévaluée tout au long du dispositif afin de permettre la prise en charge d'un maximum de blessés (arrivée de renforts).

Les victimes sont triées rapidement, les gestes réalisés en fonction de la gravité des patients. Ceux-ci sont ensuite évacués rapidement en fonction de leur état vers un trauma center ou un SAU avec un vecteur approprié. Le schéma ci-dessous résume l'organisation du triage et l'évacuation des victimes.



- **UA** : Urgence Absolue : Blessés les plus graves nécessitant des gestes de réanimation et une évacuation médicalisée prioritaire
 - **EU** : Extrême Urgence : nécessité de gestes de réanimation dans les 1^{ères} minutes de prise en charge.
 - **U1** : 1^{ères} Urgences : risque vital engagé si pas de prise en charge dans les 1^{ères} heures.
 - **UF** = **U1** = Urgences Fonctionnelles (mains, œil,...).
- **UR** : Urgence Relative : blessé stabilisé, sans détresse vitale, qui peut attendre l'évacuation des UA, transport non médicalisé
 - **U2** : 2^{èmes} Urgences : pas de risque vital immédiat, prise en charge possible dans les 12 à 18 heures qui suivent.
 - **U3** : 3^{èmes} Urgences : pas de risque vital, peut attendre 24 à 36 heures.

Conclusion

Le damage control a donc toute sa place à la phase préhospitalière. L'amélioration des pratiques passe par la formation et l'entraînement aux gestes de sauvetage mais aussi par des exercices en mise en situation qui permettent de tester les compétences en termes d'organisation et de triage des victimes. Le garrot retrouve sa place dans les services de secours.

Il faut désormais changer nos habitudes de prise en charge face à la menace terroriste.

PAS DE QUOI SE FAIRE DU MAUVAIS SANG AVEC LES CULOTS DE LONGUE CONSERVATION ?

Du fait des progrès dans les procédés de conservation, le sang peut être actuellement conservé jusqu'à 42 jours avant une transfusion. Des modifications biochimiques, structurelles et fonctionnelles pendant la conservation ont néanmoins été décrites, responsables d'une diminution de l'apport d'oxygène aux tissus et également de la libération de vésicules extracellulaires à potentiel prothrombotique, ces différentes modifications ayant pu être incriminées dans la survenue des accidents cardiovasculaires observés après transfusion de sang conservé sur une longue durée. Des essais prospectifs contrôlés ont cependant suggéré que la transfusion de sang conservé sur une longue durée n'augmentait pas le nombre d'effets secondaires indésirables mais ces études ont concerné de petits effectifs et/ou des patients à haut risque et n'avaient donc pas la puissance pour détecter une augmentation faible mais significative au plan clinique du taux de mortalité et concernant d'autre part l'ensemble des patients hospitalisés. Les auteurs de l'article analysé ci-après ont donc entrepris une étude prospective contrôlée afin de déterminer si la durée de conservation du sang transfusé entraînait un taux de mortalité significativement différent dans une population générale de patients hospitalisés.

Cette étude, pragmatique, a été conduite dans 6 hôpitaux de 4 pays (Australie, Canada, Israël et États-Unis). Les patients étaient randomisés dans un rapport 1:2 pour recevoir des culots globulaires provenant de sang soit de courte durée de conservation soit de conservation prolongée. Les patients devant recevoir des transfusions massives ou ceux devant recevoir des culots globulaires de groupe rare étaient exclus de l'étude.

Pas de différence sur le taux de mortalité

Celle-ci s'est déroulée d'avril 2012 à octobre 2015, le critère de jugement principal étant le taux de mortalité à l'hôpital. L'analyse primaire a porté sur les patients de groupe A et O afin qu'il y ait au moins 10 jours de différence dans la durée de conservation du sang entre les deux groupes de patients. Parmi les 20 858 patients sur lesquels a porté l'analyse primaire, 6 936 ont reçu des culots globulaires provenant de sang conservé sur un court terme (de 8 à 17 jours, médiane : 11 jours) et 13 922 des culots provenant de sang conservé sur un plus long terme (de 16 à 31 jours, médiane : 23 jours). Il n'y avait pas de différence significative du taux de mortalité dans les deux groupes de patients respectivement de 9,1 % et de 8,7 % soit un odd ratio de 1,05. Lorsque l'analyse a été ensuite effectuée sur l'ensemble des patients quel que soit leur groupe sanguin, des résultats similaires ont été obtenus : le taux de mortalité était respectivement de 9,1 % et de 8,8 % dans les groupes recevant les culots globulaires soit de courte durée de conservation soit de plus longue durée de conservation. Enfin, il n'y avait pas non plus de différence sur le taux de mortalité lorsque



l'analyse concernait des sous-groupes de patients dits à risque et préalablement définis : patients subissant une chirurgie cardiaque, patients ayant un cancer, patients admis en unités de soins intensifs.

Ainsi cette étude montre qu'il n'y a pas de différence sur le taux de mortalité dans une population générale de patients hospitalisés recevant soit des culots globulaires de courte conservation soit de plus longue conservation comme cela est habituellement effectué dans la pratique courante. Comme le soulignent A. Tobian et P. Ness dans leur éditorial, l'importance de cette étude qui confirme le bien-fondé des pratiques organisationnelles des établissements sanguins (confrontés parfois aux problèmes d'approvisionnement) est liée à sa puissance statistique puisqu'elle a concerné à elle seule un nombre de patients 4 fois supérieur au total des patients inclus dans les 13 études précédemment publiées, et ce sur une période d'inclusion très courte de 3 ans. Toutefois, il faut remarquer qu'elle ne concerne pas les patients de moins de 18 ans. Surtout, comme dans les autres études antérieures, il faut souligner que cette étude n'a pas porté sur le risque de transfusion de culots globulaires provenant de sang conservé sur un très long terme de 35 à 42 jours : une telle étude reste donc à programmer.

Dr Sylvia Bellucci

Publié Dans JIM le 08/11/2016

Références

- Heddle NM et coll. : *Effect of short-term versus long-term blood storage on mortality post transfusion.* New Engl J Med., 2016 ; publication avancée en ligne le 24 octobre. DOI: 10.1056/NEJMoa1609014.
 Tobian A et Ness P : *Red cells : aging gracefully in the blood bank.* New Engl J Med., 2016 ; publication avancée le 24 octobre. DOI: 10.1056/NEJMMe1612444.

DÉTERMINATION ANTÉNATALE DU RHÉSUS FŒTAL À PARTIR DU SANG MATERNEL, EFFICACE ET NON INVASIF

La détermination du génotype RHD fœtal avant la naissance est désormais faisable. La découverte d'ADN fœtal circulant dans le sang maternel pendant la grossesse et le séquençage des gènes RH (rhésus) l'ont en effet rendu possible. Cela signifie une transformation de la prise en charge des grossesses des femmes Rhésus négatif et permet notamment d'envisager une restriction de l'utilisation anténatale des immunoglobulines anti-D aux seules femmes Rh- porteuses d'un enfant Rh+.

Il était toutefois essentiel de s'assurer de la fiabilité de ce test, les conséquences d'une erreur d'interprétation pouvant être très lourdes. Une équipe hollandaise vient de publier les résultats d'une étude à grande échelle incluant 25 789 femmes enceintes Rhésus négatif. La détermination du génotype RHD fœtal à partir des cellules circulantes était réalisée à 27 semaines d'aménorrhée et les performances du test étaient comparées à la détermination du groupe sur le sang du cordon.

Sensibilité et spécificité très satisfaisantes

Les résultats sont très convaincants, puisque le test sur les cellules circulantes fœtales a une sensibilité de 99,94 %, une spécificité de 97,74 %. Neuf faux négatifs ont toutefois

été relevés, dont 2 étaient la conséquence d'une erreur technique. Les faux positifs étaient au nombre de 225. L'expression du gène RhD était insuffisante dans 22 de ces cas, justifiant l'utilisation d'immunoglobulines anti-D. La valeur prédictive négative du test est de 99,91 % et la valeur prédictive positive de 98,6 %. Le dépistage est très bien accepté par les patientes et par les professionnels.

Cibler les cas où la prophylaxie est nécessaire

Selon les auteurs, les performances du test autorisent son utilisation pour cibler les femmes chez lesquelles la prophylaxie est nécessaire, en anténatal et en postnatal. Ils rejoignent en cela la HAS qui estimait en 2011 que ce type non invasif de dépistage avait un intérêt certain, recommandant toutefois la prudence et de répéter le test 15 jours après un premier test négatif.

Dr Roseline Péluchon

Publié dans JIM le 16/11/2016

Références

De Haas M. et coll. : *Sensitivity of fetal RHD screening for safe guidance of targeted anti-D immunoglobulin prophylaxis: prospective cohort study of a nationwide programme in the Netherlands*. BMJ 2016; 353: i5789.

RISQUE MAJORÉ D'INSUFFISANCE RÉNALE POSTOPÉRATOIRE QUAND LA PA EST TROP BASSE EN PRÉOP

Bien que dans une population chirurgicale tout venant, l'hypotension préopératoire soit associée à l'hypotension per-opératoire, aux AVC, à l'insuffisance rénale, à l'infarctus du myocarde et à une mortalité accrue, son association avec l'insuffisance rénale postopératoire ne semble pas avoir été directement investiguée, alors même qu'une petite augmentation de la créatininémie accroît la durée de séjour hospitalière et la mortalité (1).

L'objectif principal de cette vaste étude rétrospective monocentrique conduite dans un hôpital universitaire américain (2) a été la recherche d'une dégradation de la fonction rénale au cours des 48 heures postopératoires, objectivée par une augmentation de la créatininémie $\geq 26,5 \mu\text{mol/L}$ ou $\geq 150 \%$ de la valeur de base.

Point trop la tension ne relâchera

Au total, 715 (1,7 %) des 41 523 adultes (âge moyen $53,6 \pm 16,5$ ans, 57,9 % de femmes) ayant bénéficié d'une chirurgie réglée non cardiaque ont développé une insuffisance rénale. Les analyses multivariées ont identifié 8 variables préopératoires indépendamment associées à une réduction du débit de filtration glomérulaire postopératoire estimé (DFG) : fonction rénale préopératoire, âge, score ASA (de 1, patient normal, à 6, patient déclaré en état de mort cérébrale), insuffisance cardiaque, anémie ($< 130 \text{ g/L}$ chez l'homme et $< 120 \text{ g/L}$ chez la femme), cancer, type de chirurgie, et le quartile le plus bas de la PA préopératoire ($< 71 \text{ mmHg}$) mesurée moins d'une heure avant la chirurgie (quartile moyen 71–115 mmHg ; quartile haut $> 115 \text{ mmHg}$).

Le DFG estimé a chuté d'une moyenne de $2,7 \text{ mL/min/1,73 m}^2$ (intervalle de confiance à 95 % [IC 95 %], 0,04–5,40) chez les patients dont la PA moyenne préopératoire était $< 71 \text{ mmHg}$ ($p = 0,047$), d'autant plus que les patients étaient âgés.

Les mêmes variables et le sexe masculin ont été associés à la survenue d'une insuffisance rénale postopératoire avec un odds ratio (IC 95 %) de 1,9 (1,2–2,9) chez les patients dont la PA moyenne préopératoire était $< 71 \text{ mmHg}$ ($p = 0,005$).

Le mieux est-il l'ennemi du bien ?

Alors que notre attention est captée par les méfaits de l'hypertension, il est clairement établi que l'hypotension, condition moins médiatique et plus silencieuse, double la mortalité dans les maisons de retraite.

Bien qu'elle soit rétrospective et n'ait inclus aucune donnée per ou postopératoire, cette étude semble être la toute première à tenter d'établir des liens entre la morbidité postopératoire et hypotension préopératoire.

Et les auteurs de redouter que la réduction vraisemblable des futurs objectifs tensionnels dans la population générale généreront encore plus d'effets délétères en période péri-opératoire.

Dr Bernard-Alex Gaüzère

Publié dans JIM le 29/11/2016

Références

- 1) Kork F, Balzer F, Spies CD, et coll. : *Minor postoperative increases of creatinine are associated with higher mortality and longer hospital length of stay in surgical patients*. Anesthesiology 2015; 123: 1301–11.
- 2) Kendale SM, Lapis PN, Melhem SM, Blitz JD. : *The association between pre-operative variables, including blood pressure, and postoperative kidney function*. Anaesthesia. 2016; 71: 1417–1423.

DOSSIER ANESTHÉSIE

UN APGAR NORMAL ET UN pH BAS, CE N'EST PAS RASSURANT !

Il est reconnu que la morbidité néonatale est augmentée lorsque le pH artériel ombilical est ≤ 7 voire 7,10. Il en va de même pour un base excess (BE) $\leq 12 \text{ mmol/L}$. les Américains, qui en règle générale ne mesure le pH qu'en cas d'Apgar ≤ 7 à 5 min de vie ou en cas de naissance avec risque d'hypoxie, se sont demandé ce qu'il en était des nouveau-né avec un bon Apgar et un pH bas et ont pour cela analysé rétrospectivement 26 669 naissances à terme.

Le pH ≤ 7 avec Apgar normal est retrouvé dans 0,5 % des naissances, $\leq 7,10$ dans 3,4 % ; un BE $\leq 12 \text{ mmol/L}$ est présent chez 1,4 % des nouveau-nés.

Les mères d'enfants avec un pH $\leq 7,1$ n'ont pas plus de diabète gestationnel ou d'HTA chronique que les autres, par contre elles ont tendance à être plus âgées que les autres (> 35 ans) et être nullipares. Le pH bas avec Apgar normal est significativement plus fréquent en cas de liquide amniotique méconial, de décollement placentaire, de naissance par césarienne, et de pré-éclampsie.

Des enfants à risque

Inhalation méconiale, détresse respiratoire et transfert en unité de soins intensifs sont 6 à 10 fois plus fréquents en cas de pH ≤ 7 . Un BE $\leq 12 \text{ mmol/L}$ est également associé à une augmentation de ces pathologies, ainsi qu'aux infections.

Il existe donc des nouveau-nés dont l'état clinique est rassurant mais le pH bas, et ces enfants sont bien plus à risque. Cette étude va dans le sens d'une récente méta-analyse qui préconise la mesure du pH pour toutes les naissances. Une exploration par ailleurs « bon marché » aux vues du bénéfice médico-légal qu'elle procure, même si l'on sait que la majorité des paralysies cérébrales ne sont pas en acidose à la naissance et bien que cette étude ne nous renseigne pas sur l'avenir à long terme de ces enfants.

Marie Gélibart

Publié dans JIM le 18/11/2016

Référence

Sabol BA, Caughey AB : Acidemia in neonates with a 5-minute Apgar score of 7 or greater - What are the outcomes? *Am J Obstet Gynecol.*, 2016; 215: 486.e1-6.

UN OUTIL POUR JUGER DE LA PERTINENCE DES INDICATIONS DE CÉSARIENNE

Le taux idéal de césariennes est toujours un sujet d'actualité. Au cours des 40 dernières années, alors qu'on observait une augmentation progressive des taux de césariennes, on pouvait déplorer l'absence de méthode standardisée pour étudier cette augmentation, les raisons de celle-ci et l'impact à court et à long terme sur la morbi-mortalité maternelle et néonatale.

Depuis 2011, l'OMS a conduit de multiples études dans 33 pays pour conclure que la classification TGCS (Ten Group Classification System) de ROBSON^{1,2} en 10 items était la plus appropriée pour une utilisation standardisée internationale, même si les contextes sont extrêmement divers.

Il s'agit de regrouper les parturientes en différents groupes, basés sur les antécédents obstétricaux, le mode d'accouchement, le type de présentation et l'âge gestationnel à l'accouchement. Ces critères sont simples, faciles à définir par tous les cliniciens, et robustes car ils ne se modifieront pas avec le temps.

Les 10 groupes sont les suivants :

1. Nullipare, unique céphalique, ≥ 37 semaines, travail spontané.
2. Nullipare, unique céphalique, ≥ 37 semaines, déclenchement ou césarienne avant le travail.
3. Multipare, unique céphalique, ≥ 37 semaines, travail spontané.
4. Multipare, unique céphalique, ≥ 37 semaines, déclenchement ou césarienne avant le travail.
5. Antécédents de césarienne, unique céphalique, ≥ 37 semaines.

6. Toutes les présentations du siège chez une nullipare.
7. Toutes les présentations du siège chez une multipare (y compris les antécédents de césarienne).
8. Toutes les grossesses multiples (y compris les antécédents de césarienne).
9. Toutes les présentations anormales (y compris les antécédents de césarienne, mais en excluant les présentations du siège).
10. Toutes les grossesses uniques en présentation céphalique, ≤ 36 semaines (y compris les antécédents de césarienne).

Pour chacun des groupes, on calcule ensuite différents taux, décrits dans la publication du BJOG.

La FIGO (Fédération Internationale de Gynécologie et Obstétrique) recommande l'utilisation de cet outil¹ pour stimuler la réflexion dans les différents services et permettre des comparaisons standardisées.

Dr Charles Vangeenderhuysen

Publié dans JIM le 18/11/2016

Références

1. Robson MS. Classification of caesarean sections. *Fetal Matern Med Rev.* 2001; 12: 23–39.
2. Robson M. The Ten Group Classification System (TGCS) - a common starting point for more detailed analysis. *BJOG.* 2015; 122: 701.
3. FIGO Working Group on Challenges in Care of Mothers and Infants during Labour and Delivery. Best practice advice on the 10-Group Classification System for cesarean deliveries. *Int J Gynaecol Obstet.* 2016; 135: 232-233.

PONTAGE À CŒUR BATTANT OU AVEC CEC, MÊMES RÉSULTATS 5 ANS APRÈS

La revascularisation myocardique chirurgicale a été une révolution dans la prise en charge de la maladie coronarienne à la fin des années 70. Le pontage aorto-coronarien (PAC) a changé la vie de plus d'un malade, ses premières indications étant à visée symptomatique, face à des crises d'angor invalidantes et réfractaires au traitement médical. Par la suite, le PAC a été utilisé plus largement, à la lueur des résultats d'études contrôlées qui lui ont ouvert d'autres perspectives. L'angioplastie coronaire percutanée a changé la donne, encore plus depuis l'avènement des stents, mais la revascularisation myocardique chirurgicale reste d'actualité.

Le PAC améliore le pronostic vital chez les patients atteints de lésions pluritronculaires serrées plus ou moins symptomatiques, a fortiori en cas de dysfonctionnement ventriculaire gauche systolique. La circulation extracorporelle (CEC) est en général le préalable au PAC, avec une mortalité péri-opératoire d'environ 2 % et une morbidité parallèle non négligeable, de l'ordre de 5 à 9 %, incluant infarctus du myocarde (IDM), accident vasculaire cérébral (AVC) ou insuffisance rénale avec à la clé l'hémodialyse temporaire. Ces complications ont conduit à développer la technique du PAC sur cœur battant qui permet de se passer de la CEC et d'éviter ses désagréments tant à court qu'à long terme, le clampage aortique n'étant pas non plus dénué de conséquences vasculaires. Plusieurs études, dont plusieurs essais contrôlés, ont comparé les deux types de PAC, avec ou sans CEC, mais c'est leur efficacité à court terme qui a été évaluée.

Même taux d'AVC, d'IDM, d'insuffisance rénale et de revascularisation sur 5 ans

Une seule étude randomisée dite CORONARY (*CABG Off or On Pump Revascularization Study*), à la fois multicentrique et internationale s'était penchée sur les résultats à 30 jours et un an. Elle avait conclu, alors qu'elle était en cours, que les deux techniques s'avéraient équivalentes pour ce qui est leur impact pronostique, évalué au moyen d'un index global regroupant décès, AVC, IDM et insuffisance rénale. Un recul d'une année était cependant insuffisant pour conclure stricto sensu à l'équivalence des deux techniques. Le long terme s'impose à l'évidence pour valider une technique chirurgicale et l'intégrer dans la pratique courante en toute sérénité.

Les résultats définitifs de cette étude qui est arrivée à son terme (5 ans) viennent d'être publiés dans le *New England Journal of Medicine*. Elle a inclus in fine 4 752 patients originaires de 19 pays, tous atteints d'une maladie coronarienne justifiable d'une revascularisation myocardique chirurgicale et répartis en deux groupes, après tirage au sort : PAC sur cœur battant versus PAC avec CEC. L'index global précédemment évoqué a été complété par un autre événement cardiovasculaire majeur, en l'occurrence la nécessité d'une nouvelle revascularisation par PAC ou angioplastie.



La durée moyenne du suivi a été de 4,8 années, au terme duquel aucune différence intergroupe significative n'a été mise en évidence, si l'on se réfère à l'index précédent, respectivement 23,1 % et 23,6 %. Le hazard ratio (HR) correspondant dans le groupe PAC à cœur battant a été ainsi estimé à 0,98 (intervalle de confiance à 95 %, IC, 0,87-1,10 ; p=0,72). Il en a été de même pour les événements cardiovasculaires considérés isolément, y compris la nécessité d'une nouvelle revascularisation myocardique, soit 2,8 % vs 2,3 %, le HR étant de 1,21 (IC, 0,85-1,73 ; p = 0,29).

115 dollars de plus

En termes de coût, la comparaison intergroupe conduit à des résultats similaires : le coût par patient du PAC à cœur battant a été estimé à 15 107 \$ versus 14 992 \$ dans l'autre groupe, soit une différence de 115 \$ (IC, -697 à -927 \$). Il est entendu qu'il ne s'agit pas d'une étude coût-efficacité standard, mais d'une approche économique qui a ses limites. Par ailleurs, la qualité de vie estimée au moyen de diverses échelles s'est avérée identique dans les deux groupes.

En bref, le PAC à cœur battant semble faire aussi bien que le PAC classique avec CEC, si l'on considère le pronostic à 5 ans, estimé à partir du risque d'IDM, d'AVC, d'insuffisance rénale ou encore de la nécessité d'une nouvelle revascularisation myocardique. Cette équivalence démontrée sur le long terme par un essai randomisé solide mérite d'être prise en compte dans les indications et l'utilisation du PAC, en fonction des possibilités techniques de chaque centre et des caractéristiques de chaque patient. Certes, cette étude unique a ses limites, mais ses résultats sont de la plus haute importance dans la prise en charge actuelle de la maladie coronarienne, au travers des réponses qu'elle apporte à certaines questions suscitées en pratique par le PAC à cœur battant. Le choix dépendra in fine des habitudes de l'opérateur et des préférences du patient, sans oublier les contraintes propres à chaque technique.

Dr Philippe Tellier

Publié dans JIM le 07/11/2016

Référence

Lamy A et coll. : Five-Year Outcomes after Off-Pump or On-Pump Coronary-Artery Bypass Grafting. *N Engl J Med* 2016 ; publication avancée en ligne le 23 octobre. DOI: 10.1056/NEJMoa1601564.

DOSSIER CHIRURGIE

BURN-OUT : LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ SE SENTENT ABANDONNÉS ET FONT PART DE LEURS ATTENTES

Paris, le jeudi 10 novembre 2016 – Au cours d'une conférence de presse, l'Association Soins aux Professionnels de Santé (SPS) a présenté les premiers résultats de son étude sur les attentes des professionnels de santé en matière de burn-out. Elle l'a réalisé en vue de la tenue du deuxième Colloque national dédiée à cette thématique qui aura lieu le 29 novembre prochain à l'Ecole du Val-de-Grâce, à Paris. Rappelons que les résultats de leur première enquête, réalisée en 2015, confirmaient que près de la moitié des soignants avaient connu ce syndrome d'épuisement professionnel durant leur carrière. Le sujet de ces nouveaux travaux était de connaître leur niveau de connaissance des structures d'aides et de soutien et leurs attentes en la matière.

Cette étude a analysé les réponses de plus de 4000 soignants (dont 842 médecins de 54 ans en moyenne) exerçant pour 75 % d'entre eux exclusivement en libéral.

Un constat encore une fois alarmant

Pour plus de la moitié des répondants, le burn-out a un impact potentiellement majeur sur la qualité des soins, susceptible de mettre en danger la vie du patient. Un constat encore plus dramatique chez les libéraux qui soulignent pour deux tiers d'entre eux ne pouvoir s'offrir le « luxe » d'un arrêt maladie de longue durée... et aussi ne pas souhaiter que leur vulnérabilité soit connue de leurs confrères et de leur patientèle.

En situation de souffrance, les trois quarts des professionnels de santé interrogés chercheraient de l'aide s'ils se retrouvaient en burn-out et les femmes seraient plus enclines à se faire aider (79 % vs 69 %). Mais la moitié ne saurait pas à qui s'adresser. Pour les autres, ils avancent qu'ils solliciteraient leur entourage familial (43 %), leur confrère (38 %), une connaissance amie (30 %) ou leur médecin traitant (15 %).

La quasi-totalité des soignants par ailleurs ne connaissent ni associations d'aide ni numéros d'écoute dédiés aux professionnels de santé en souffrance psychologique.

Des structures dédiées plébiscités

La majorité des soignants (80 %) préféreraient que ce soit des associations professionnelles qui gèrent un numéro vert gratuit, dédié et garantissant l'anonymat. Le psychologue



se révèle être l'interlocuteur privilégié. Concernant les structures d'appui, ce sont les consultations dédiées qui sont plébiscitées.

Les institutions désignées comme devant se préoccuper et prendre en charge ce problème de santé publique sont d'abord l'État (57 %), les ordres professionnels (49 %), la CNAM (47 %), les syndicats professionnels (31 %), les assurances privées (15 %). Plus d'un quart des soignants interrogés formulent enfin le souhait de participer eux-mêmes à la prise en charge des soignants à aider.

Vers un début de solution ?

En réponse, la SPS compte ouvrir d'ici à la fin de l'année une plateforme nationale d'appel, interprofessionnelle, indépendante, tenue au secret médical, pour venir en aide aux soignants. Accessible par un numéro vert (aujourd'hui soumis à appel d'offres), ce nouveau service sera chargé d'apporter une écoute psychologique à l'appelant.

D'autre part, l'association ambitionne de mettre en place un réseau d'experts pour accompagner les professionnels de santé en souffrance, et d'engager un programme de recherche sur les causes des situations à risque et les modalités précoce d'intervention.

Frédéric Haroche

Publié dans JIM le 10/11/2016

DE LA SMART ANESTHÉSIE AVEC UN SMARTPHONE ?

Pendant la procédure anesthésique, les smartphones peuvent être convertis en oxymètre de pouls ou en stéthoscope, évaluer les fonctions neuromusculaires, maintenir précisément le décubitus latéral gauche à 15° pendant la césarienne, mesurer la douleur et diagnostiquer des arythmies cardiaques. Ils peuvent également envoyer un patient ad patres et un anesthésiste à l'ombre pour « distraction fatale » (1).

Pour autant, passer son temps au téléphone pendant une anesthésie expose-t-il à passer pour la tête de Turc du service ou bien fait-il risquer de passer la Porte Ottomane à son patient ?

L'anesthésie : « Des heures d'ennui ponctuées de moments de terreurs » (Slagle et al. 2009)

En novembre et décembre 2015, 955 médecins et des infirmiers anesthésistes turcs (2) ont répondu à un questionnaire sur l'utilisation de leur smartphone pendant la procédure anesthésique : 34 % d'infirmiers anesthésistes, 32,5 % d'anesthésistes juniors en formation, 26,2 % d'anesthésistes seniors et 7,1 % enseignants d'anesthésie à la faculté. Le taux de réponse au questionnaire envoyé par courriel a été de 22 % (600 réponses) et de 19 % lors d'un congrès national (355 réponses).

Au total, 98,5 % des répondants possédaient un smartphone. Il n'y avait aucune restriction à leur utilisation pendant l'anesthésie dans leur institution dans 73,6 % des cas, une interdiction (7,1 %) et une limitation à l'utilisation seule des téléphones de l'institution (19,2 %) pour d'autres ; 542 (56,9 %) avaient entre 20 et 30 ans, 283 (29,%) entre 31-40 ans, 116 (12,2 %) entre 41-50 ans, 9 (0,9 %) entre 51-60 ans et 3 plus de 60 ans.

Même plus le temps de prendre de café (turc)

Finalement 93,7 % ont reconnu utiliser leur téléphone pendant l'anesthésie : conversations téléphoniques (65,4 %), messagerie (46,4 %), media sociaux (35,3 %), surf sur l'internet (33,7 %). Les plus de 40 ans employaient moins souvent leur smartphone que les plus jeunes pendant l'anesthésie ($p=0,11$).

Mais rassurez-vous et surtout tentez de rassurer vos patients, 96,7 % des répondants ont précisé ne pas utiliser leur téléphone ou très peu pendant les phases critiques de l'anesthésie et 87,3 % ont juré leurs grands dieux que cela ne les distrairait nullement de leurs obligations.

Toutefois, force est de constater que la profession ne fait pas bloc, car 41 % de sombres délateurs branchés ont déclaré avoir vu leurs collègues en difficulté car distraits par leur téléphone au moins une fois. Cherchez l'erreur !

Autre temps, autres nurses

Outre que ces nouvelles pratiques ne laissent plus que peu de temps aux anesthésistes pour assurer la maintenance préventive et curative des cafetières du bloc, elles introduisent une profonde injustice entre anesthésistes et chirurgiens qui ont les mains dans le cambouis. A moins qu'une prochaine étude randomisée en double sourd, ne lève le voile... Pour autant, les auteurs soulignent que des associations telles que l'*American College of Surgeons* et l'*American Association of Nurse Anesthetists* ont émis des recommandations sans pour autant demander de jeter ces merveilleux instruments aux toilettes (à la turque) ou de procéder à une vaste purge dans les blocs.

Dr Bernard-Alex Gaüzère

Publié dans JIM le 14/11/2016

Références

1. Nicholson E. Dallas anesthesiologist being sued over deadly surgery admits to texting, reading iPad during procedures. <http://www.dallasobserver.com/news/dallas-anesthesiologist-being-sued-over-deadly-surgery-admits-to-texting-reading-ipad-during-procedures-7134970>.
2. Pinar HU, Karaca O, Doğan R, Konuk ÜM. Smartphone use habits of anesthesia providers during anesthetized patient care: a survey from Turkey. BMC Anesthesiol., 2016; 16: 88.

ACTES EXCLUSIFS IBODE

Le Conseil d'État valide les actes exclusifs des infirmiers de bloc opératoire diplômés d'État (Ibode). Sa délibération rejette la quasi-totalité des requêtes de l'Union des chirurgiens de France. L'exclusivité de certains actes est néanmoins repoussée au 31 décembre 2017.

Dans une **décision** du 7 décembre, le Conseil d'État, la plus haute juridiction administrative française, confirme les actes exclusifs des infirmiers de bloc opératoire diplômés d'État (Ibode). La cour était saisie par l'Union des chirurgiens de France (UCDF) qui demandait notamment l'annulation du **décret** et de l'**arrêté** relatifs aux actes infirmiers relevant de la compétence exclusive des Ibode. Ces textes réglementaires définissent, par exemple, comme acte exclusif l'installation chirurgicale du patient ou la fermeture sous-cutanée. Ces actes ne peuvent être réalisés qu'après avoir suivi une formation complémentaire. La cour a rejeté la quasi-totalité des requêtes de l'UCDF. Dans son délibéré, le Conseil d'État estime que les articles du Code de la santé publique concernés par cette nouvelle réglementation « *ne font pas obstacle à ce que le pouvoir réglementaire réserve certains actes, du fait de la spécialisation qu'ils requièrent, à des infirmiers et infirmières titulaires d'un diplôme de spécialité* ». Ces actes exclusifs ne contredisent pas, selon les magistrats, la directive européenne **2005/36/CE** relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles.

La décision du Conseil d'État précise également le rôle des aides-opératoires et aides-instrumentistes par rapport aux Ibode. « *En permettant aux aides-opératoires et aux aides-instrumentistes d'accomplir des actes d'assistance auprès d'un chirurgien, le législateur n'a pas entendu leur attribuer la qualification d'infirmier ou d'infirmière ; s'il attribue une compétence exclusive aux Ibode pour accomplir certains*

actes et activités, le décret attaqué n'a ni pour objet, ni pour effet de retirer aux aides opératoires et aux aides-instrumentistes toute possibilité d'assister le chirurgien au cours des interventions chirurgicales », détaille le délibéré.

Report de l'exclusivité de certains actes

La cour estime par ailleurs que « *le décret attaqué a entouré l'entrée en vigueur des nouvelles dispositions de précautions nécessaires pour garantir la sécurité et la santé des patients* ». Mais elle note cependant que ce texte est « *entaché d'une erreur manifeste d'appréciation* ». Cet élément pousse la cour à procéder à une annulation partielle de ce décret. Une annulation « *sans incidence sur la légalité* » des textes. Ainsi, selon le Conseil d'État, l'UCDF « *n'est pas fondée à en demander l'annulation* ».

La partie du décret concernée par cette erreur touche trois actes en particulier, à savoir l'aide à la mise en place et au maintien des instruments d'exposition directe et indirecte, l'aide à la réalisation d'une aspiration et l'aide à la réalisation d'une hémostase. Ces dernières sont regroupées sous l'intitulé « *activités réalisées au cours d'une intervention chirurgicale, en présence du chirurgien et dans les conditions fixées par un protocole* » dans les textes réglementaires. Ces actes pouvaient auparavant être accomplis par des infirmiers ou des aides-opératoires. L'obligation d'une formation « *fait peser la réalisation de ces actes aux seuls chirurgiens puis sur un nombre limité d'infirmiers* », selon le Conseil d'État, dans les premiers temps de la mise en œuvre de la réglementation. Une conséquence qui entraîne un report de l'exclusivité de ces actes au 31 décembre 2017, précise la cour dans sa décision.

Publié le 09/12/16 - 15h18 - HOSPIMEDIA

QUALITÉ - GESTION DES RISQUES

QUALITÉ : LA MÉDECINE IN SILICO SE PRÉPARE À RÉVOLUTIONNER LES ESSAIS CLINIQUES ET LES BLOCS OPÉRATOIRES

Le fait

La simulation numérique est prête à faire son entrée dans le monde de la santé. C'est du moins la volonté des instances de l'Union européenne. L'objectif poursuivi est double. D'une part, la simulation poussera la recherche lors des essais cliniques. D'autre part, elle favorisera une médecine personnalisée dans les blocs opératoires.

L'analyse

« *Ce n'est pas de la magie noire* », désamorce Adriano Henney, secrétaire général de l'Avicenna Alliance, qui regroupe des chercheurs et des industriels, lors d'une réunion en octobre dernier au Parlement européen de Bruxelles. Cette organisation a vocation à développer la médecine prédictive ou médecine in silico, c'est-à-dire l'utilisation de la simulation numérique dans le monde de la santé. Son développement n'en est encore qu'au stade embryonnaire mais les députés européens ont décidé de s'en emparer, notamment pour proposer un cadre réglementaire favorable à son développement.

La médecine prédictive n'est encore que peu utilisée dans les blocs opératoires européens. « *Trois des cinq entreprises européennes du secteur sont françaises* », indique Thierry Marchal, directeur industriel en santé d'Ansys, un éditeur de logiciels spécialisés en simulation. Ces trois sociétés proposent une simulation avant l'utilisation d'un dispositif médical (DM) sur des patients. « *Par exemple, des prothèses customisées sont utilisées pour traiter la scoliose chez les adolescents. La simulation permet de donner une pression maximale sur la colonne et une pression minimum sur le corps pour diminuer la douleur* », développe Thierry Marchal.

Pour convaincre du bien-fondé de la simulation en santé, les parties prenantes de l'Avicenna Alliance prennent exemple sur d'autres secteurs. « *Iriez-vous dans un avion ou une centrale nucléaire si aucune simulation n'expliquait la sécurité ? Alors pourquoi ne pas le faire en santé ?* », demande Adriano Henney. En outre, il estime que la médecine se fonde depuis toujours sur des prédictions. « *Le médecin a ses études et son expérience pour soigner les patients. Il propose des traitements par analogie à d'autres cas* », résume-t-il. Mais, avec l'imagerie médicale et la génomique, ce même médecin se trouve « *noyé par un tsunami d'informations* ». La simulation doit ainsi permettre au médecin de se repérer dans ce déluge.

Une assistance pour choisir le dispositif médical adéquat

Responsable du département de neurologie du CHU de Montpellier (Hérault), Vincent Costalat utilise la médecine in silico pour choisir le DM qu'il implantera dans le traitement des anévrismes cérébraux. Il se base sur la solution de Sim&Cure, une entreprise dont il est le cofondateur. « *Le logiciel récupère l'imagerie, fait une modélisation 3D du patient et une simulation spécifique détermine la meilleure taille du DM* », résume Mathieu Sanchez, le second cofondateur, à Hospimedia. « *Au lieu d'avoir une phase manuelle un peu aléatoire, nous avons la taille optimale en trois minutes avec une manœuvre simplifiée et plus de sécurité et d'efficacité* », constate Vincent Costalat. Un dispositif qui a déjà été utilisé sur plus de soixante patients au CHU.

Pour le neurochirurgien, cette simulation permet de « *diminuer l'aléa thérapeutique* », comme un DM qui n'est finalement pas à la bonne taille. « *Au départ, continue-t-il, on a toujours peur que l'outil ne réponde qu'à sa problématique mais finalement l'intérêt est beaucoup plus large que notre seul équipe* ». Pour continuer son développement, la société Sim&Cure doit se conformer à la réglementation. « *Nous sommes un logiciel de conseil - et non un fabricant de DM - et considéré comme tel. Nous sommes ainsi en plein processus de marquage CE* », ajoute Mathieu Sanchez, qui espère pouvoir développer l'usage de ce logiciel sur d'autres pathologies, notamment cardiaque, sur les marchés européen et américain.

Introduire la simulation dans les essais cliniques

Lors de la réunion au Parlement européen, le député italien Nicola Caputo a demandé à l'Avicenna Alliance de lui indiquer « *les actions que les décideurs politiques pouvaient prendre pour faire [de la médecine in silico] une réalité* ». L'horizon est ainsi fixé à 2020 pour faire des propositions, notamment sur les essais cliniques. Les promoteurs de ces derniers sont demandeurs d'une introduction massive de la simulation pour réaliser davantage de recherche à moindre coût. « *Le problème, c'est que les essais cliniques sont des modèles de réalité. Des populations sont sous-représentées, comme les femmes, les enfants ou les porteurs de maladies rares. Si les essais sont plus larges, les coûts explosent* », estime Michael Hill, vice-président recherche et développement chez Medtronic, fabricant de dispositifs médicaux. Les deux fondateurs de Sim&Cure ont quant à eux développé des modèles en silicone pour tester leur solution.

Une problématique qui concerne également les fabricants de médicaments. « *Les protocoles cliniques sont faits pour une définition générale de la maladie, pas pour une réponse spécifique d'une petite population* », rappelle Andrea Beccari, responsable de la recherche clinique au sein du laboratoire italien Dompé et membre de l'Avicenna Alliance. Il cite ainsi l'Etanercept qui, selon lui, n'a aucun effet sur 2 % des patients, guérit complètement 23 % des malades et permet une guérison à moins de 50 % de 37 % des patients. « *Le modèle d'une maladie/un médicament est insuffisant* », balaie-t-il. L'Avicenna Alliance s'est ainsi dotée d'un plan d'actions pour développer l'usage de la médecine in silico dans les essais cliniques afin de bénéficier d'un nouveau cadre réglementaire.

Pour les membres de cette organisation européenne, l'introduction de la simulation est une condition *sine qua non* de la médecine personnalisée. « *Je suis convaincu que transformer le big data en médecine personnalisée est la clé* », abonde Nicola Caputo. À terme, la médecine prédictive grâce à la recherche permettra, selon les membres de l'Avicenna Alliance, d'anticiper le développement de certaines pathologies. Ainsi, l'un de ses membres, le VPH Institute, a développé un modèle de risque de fracture de fragilité chez les personnes âgées. En cas d'utilisation à l'échelle européenne, cet institut de recherche estime que 220 millions d'euros seront économisés et 1 400 morts prématurées évitées chaque année.

Jérôme Robillard

Publié le 24/11/16 HOSPIMEDIA

DERNIÈRE MINUTE

MODIFICATION DU DISPOSITIF D'ÉVALUATION DE LA FORMATION IADE SUITE AUX TRAVAUX DU COMITÉ DE SUIVI DE LA RÉINGÉNIERIE DES FORMATIONS : ARRÊTÉ DU 17 JANVIER 2017 MODIFIANT L'ARRÊTÉ DU 23 JUILLET 2012 RELATIF À LA FORMATION IADE

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000033909474&dateTexte=&categorieLien=id>

Les dispositions prévues par cet arrêté entreront en vigueur pour la rentrée 2017/2018.

L'annexe IV « Maquette de formation » et l'annexe V sont remplacées par une nouvelle annexe IV « Maquette de formation » et une nouvelle annexe V « Unités d'enseignements » qui seront publiées au Bulletin officiel santé - protection sociale - solidarité n°2017/02 du mois de février 2017.



Le 3 décembre 2016, les membres du conseil syndical ont fêté Madame Catherine SALTEL.

IADE depuis 1984, Catherine entre au syndicat en 1988 où très vite elle a pris des responsabilités en tant que trésorière, fonction qu'elle exerça jusqu'en 2015.

Discret mais présente dans les discussions, elle ne manquait jamais de vigilance sur la tenue des comptes et nos possibilités d'achat. C'est avec un grand plaisir que nous lui adressons tous nos remerciements pour toutes ces années passées au S.N.I.A.

Une page de vie se tourne et nous lui souhaitons le meilleur pour la suite.

Très amicalement

APPEL DE COTISATION 2017

Montant de la cotisation :

Infirmier (e) anesthésiste : **106** euros

(Nouveaux adhérents SNIA : joindre copies diplômes IDE et IADE)

Etudiant (e) IA (joindre un justificatif) : **36** euros

Retraité (e) : **36** euros

Réglez dès aujourd'hui votre cotisation 2017 ! ⁽¹⁾

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

COTISATION déductible à 66% de vos impôts -

(Loi de finance rectificative 2004 – article 35 modifiant l'article 199 quater C du code général des impôts)

Nouveau : Possibilité de paiement en ligne – consultez notre site

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

(N'oubliez pas de nous informer chaque fois que vous changerez d'adresse postale, mail, ou coordonnées téléphoniques afin de continuer à recevoir des informations du SNIA)

M. / M^{me} / M^{lle} ⁽²⁾ Nom :.....

Nom de jeune fille :.....

Prénom :.....

Adresse :.....
.....
.....

Code Postal :.....

Ville :..... **Région :**.....

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

Numéro de téléphone (facultatif) :

Année de naissance : **Date du DEIA :**

Le courrier électronique va devenir progressivement le mode de communication privilégié

Si vous souhaitez recevoir les newsletters du SNIA, merci de cocher cette case :

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

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

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

Si vous êtes nouvel adhérent, cochez cette case :

DANS CE CAS MERCI DE NOUS TRANSMETTRE LA PHOTOCOPIE DE VOTRE DIPLOME D'IADE OU CERTIFICAT DE SCOLARITE.
Vous pouvez aussi nous envoyer copie par mail de ces documents à secretariat@snia.net

Montant de la cotisation annuelle fixé en Assemblée Générale du 03.12.2016

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

Pour toute facilité de paiement, nous contacter.

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

(2) Cochez la mention utile

au cœur de vos ambitions...

AKAL

Centre de Diagnostic et de traitement chirurgical
et interventionnel des pathologies
THORACIQUES et CARDIO-VASCULAIRES,
L'HÔPITAL MARIE LANNELONGUE

met à la disposition des patients les meilleures compétences
professionnelles et les techniques les plus performantes
(Centre de Greffes)



Pour contribuer à
l'action de ses équipes,
le Centre recherche

Infirmiers(ères) Anesthésistes D.E.

• Pour son bloc cardio-thoracique

Intégration et tutorat - Reprise d'ancienneté 100% - Postes en CDI 12h
Temps partiel possible - Participation aux astreintes - Possibilité de logement

Adresser lettre de motivation et C.V. à :
HÔPITAL MARIE LANNELONGUE

Mme CARPENTIER,

Direction des Ressources Humaines

133 avenue de la Résistance

92350 Le Plessis Robinson

Tél : 01.40.94.87.95 - E-mail : recrutement@ccml.fr



Pour mieux nous connaître : www.hopitalmarielannelongue.fr

Le GHI est un établissement public de santé. Au-delà de sa vocation d'hôpital de proximité en charge des activités de médecine adulte et pédiatrique, de chirurgie (viscérale, orthopédique, vasculaire, urologique, ORL, OPH, odontologique) et périnatalité ; d'accueil et de prise en charge des urgences adultes et pédiatriques, le GHI a développé des spécialités dominantes telles que la cardiologie, la pneumologie, l'hépato-gastro-entérologie, la gériatrie, une activité médico-chirurgicale de cancérologie. Il dispose d'unités de diabétologie, rhumatologie, d'hématologie, d'addictions, d'hospitalisation à domicile.

Son activité de court séjour s'appuie sur un plateau technique adapté (bloc central, ambulatoire, 2 scanners, 1 IRM, 2 accélérateurs de particules avec scanner dédié), un service de réanimation médico-chirurgicale et une unité de surveillance continue, ainsi qu'en aval un service de soins de suite et réadaptation.

Le GHI en chiffres, au niveau des ressources, c'est 655 lits, 1 650 ETP non médicaux, 250 ETP médicaux dont 60 internes. Concernant son activité, c'est 32 000 entrées directes, 100 000 consultations externes, 50 000 passages aux urgences adultes et pédiatriques, 6 800 interventions chirurgicales dont 2 500 en ambulatoire.

**Le GHI Le Raincy-Montfermeil
recrute sur deux postes :**

IADE

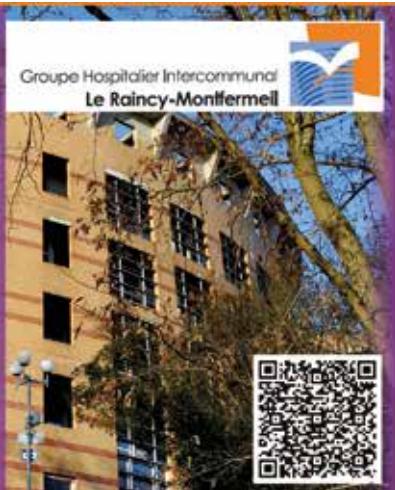
Compétences requises :

Diplôme d'Etat infirmier, IADE,
Expériences d'un bloc pluridisciplinaire.
Notions de base en informatique.

Conditions de recrutement : Tous statuts.

Pour tout renseignement, merci de contacter la Direction des Soins au **01 41 70 83 30/80 20**

Lettre de motivation et CV à adresser à l'attention de M. le Directeur. Soit par courriel : ghi-1836@candidatus.com



Le Centre Hospitalier Intercommunal Robert Ballanger (CHIRB)

Situé en Seine-Saint-Denis, sur les communes d'Aulnay-sous-Bois, Le Blanc-Mesnil, Tremblay-en-France, Sevran et Villepinte, couvre un bassin de population de 450 000 habitants.

L'établissement est situé sur un bassin d'emploi important, à proximité de l'aéroport. L'accès à celui-ci est facilité par un vaste réseau routier et autoroutier, ainsi que divers modes de transports en commun dont la station Sevran-Beaudottes RER B (à 5mn à pied de l'hôpital).

Le CHIRB recrute Un(e) Cadre Infirmier(ière) Anesthésiste

Lettre de motivation et CV à
adresser à :

secret.dirsoins@ch-aulnay.fr

Monsieur le Directeur des

Ressources Humaines du

Centre Hospitalier Intercommunal

Robert BALLANGER

Boulevard Robert BALLANGER

93602 AULNAY-SOUS-BOIS CEDEX

Pour toutes informations,
contacter :

Madame MILLIET

Directrice des Soins

Tél. du secrétariat : 01 49 36 70 08

Recrutement par voie de mutation, de détachement
ou par contrat en CDI





L'hôpital Pierre Rouquès - « les Bluets » majoritairement dédié à la gynécologie-obstétrique, regroupe une maternité de type I qui réalise 3 116 accouchements par an, une unité d'aide médicale à la procréation (1200 ponctions par an), une unité de chirurgie gynécologique, une unité d'orthogénie (planning familial et IVG) et un Centre de Santé recherche :

IADE en CDD ou CDI (temps plein ou temps partiel)

Activité au bloc opératoire et en salle de naissance :

Chirurgie-gynécologie/césariennes programmées et en urgence/transfert PMA/IVG.
Astreinte sur place.



Envoyer CV et lettre de motivation à : drh@bluets.org



**Hôpitaux
Universitaires
Est Parisien**

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



Notre Groupe Hospitalier

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

**Les hôpitaux Saint-Antoine et Tenon recrutent leurs
Infirmiers Anesthésistes Diplômés d'Etat**

Pour tous renseignements :

Mme Catherine SALTEL - CSS/IADE - catherine.saltel@aphp.fr - Site Saint-Antoine
M. Ahmed BENYAHIA - CSS/CPP - Pôle Digestif - ahmed.benyahia@aphp.fr - Site Saint-Antoine
Mme Caroline PICHON - Coordinateur des Soins - caroline.pichon@aphp.fr - Site Saint-Antoine
Mme Anita FLECHEL - CSS/IADE - anita.flechel@aphp.fr - Site Tenon
Mme Isabelle TARDIT - CSS/CPP - Pôle TVAR - isabelle.tardit@aphp.fr - Site Tenon
Mme Pascale FRAISSE - Directrice des Soins - pascale.fraisse@aphp.fr - Site Tenon





Etablissement public de santé hospitalo-universitaire de ressort national, spécialisé en ophtalmologie, l'hôpital des Quinze-Vingts réalise plus de 20 000 actes opératoires par an dans ses 8 salles de bloc.

Les Quinze-Vingts recrute **un(e) IADE**
pour son bloc opératoire

Facilité d'accès à la crèche • Possibilité d'accéder au parc de logements à loyer modéré de l'hôpital

Vous souhaitez travailler avec les meilleurs spécialistes de la chirurgie ophtalmologique, adressez vos CV et lettre de motivation : Par mail : nherson@15-20.fr

Par mail : Mme Nadine FARCY - Directrice des soins - CHNO des Quinze-Vingts, 28 rue de Charenton, 75571 Paris cedex 12



CENTRE HOSPITALIER ANNECY GENEVOIS
RECRUTE

DES INFIRMIERS ANESTHESISTES



Sur les sites d'Annecy
Ouvert aux mutations, détachements, CDD en vue de titularisation

Tous les renseignements utiles sur la nature des postes peuvent être demandés auprès de la Direction des Soins : 04 50 63 68 43 ou 04 50 63 62 26

Postuler par mail : ds.secr@ch-annecygenevois.fr

Ou sur notre site internet : www.ch-annecygenevois.fr



LE CHRU DE TOURS RECRUTE DES INFIRMIERS(ÈRES) ANESTHÉSISTES À TEMPS COMPLET

Pour tous renseignements complémentaires prendre contact avec :
M. BOILEAU - Directeur de Soins - Coordonnateur Général des soins
tél. secrétariat : 02 34 37 96 29 - Mail : iy.boileau@chu-tours.fr

Les candidatures accompagnées d'un curriculum vitae sont à adresser à :
Monsieur BERTRAND-MAPATAUD
Directeur des Ressources Humaines - 2, boulevard Tonnellé - 37044 Tours cédex 9
Mail : secretariat.drh@chu-tours.fr



L'INSTITUT DU CANCER DE MONTPELLIER
VAL D'AURELLE

RECHERCHE 1 IADE

POSTE CDD TEMPS PLEIN
JUSQU'EN JANVIER 2018
POUVANT EVOLUER EN CDI
(Diplôme d'IADE exigé)



CV + Lettre de motivation à adresser à :

La Direction des Soins et des Services Médico-Techniques

La Direction des Soins et des Services médico-techniques
ICM VAL D'AURELLE - Parc Euromédécine - 208, rue des Apothicaires - 34298 Montpellier Cedex 5

Courriel : cedric.guillaumon@icm.unicancer.fr

Pour tout renseignement, téléphoner au 04 67 61 37 34 ou 04 67 61 31 48



CHU
CENTRE HOSPITALIER
UNIVERSITAIRE
MONTPELLIER

Situé au Nord de Montpellier, le CHU est classé parmi les meilleurs établissements de santé au niveau national, pour la qualité de la médecine, de la recherche et de son management. D'une capacité de 3 000 lits, employeur de plus de 10 800 personnes, il se hausse au premier rang des entreprises de la région.

Lieu d'exercice : CHU de Montpellier.
Horaires : Variables (gardes et astreintes possibles).
Grade/Grille de référence : IADE.
Type de contrat : Mutation et Détachements prioritaires. Contractuels acceptés.

Le CHU de Montpellier recrute
3 postes à temps plein d'Infirmiers Anesthésistes Diplômés d'Etat et un poste à 80%

ACTIVITES PRINCIPALES

Réaliser des soins infirmiers d'anesthésie et/ou de réanimation concourant au diagnostic, au traitement et à la recherche. Accompagner le patient, dans les domaines de l'intervention chirurgicale, du traitement de la douleur, de l'urgence ou de la réanimation. Mettre en œuvre des mesures qui garantissent la sécurité des patients en anesthésie-réanimation dans la période péri-interventionnelle.

PREREQUIS INDISPENSABLES POUR EXERCER

Diplôme : Diplôme d'Etat d'Infirmier Anesthésiste.

Formations : Formation de 2 ans dans une école spécialisée.

Le CHU de Montpellier recrute également Un Cadre de Santé Manipulateur Radio (même contact)

Nous vous prions d'envoyer votre candidature (CV détaillé et LM) à :

recrutementannonce@chu-montpellier.fr

à l'attention de Madame la Directrice des Ressources Humaines et de la Formation.



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 sujexion 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

Contactez - envoyez 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 - traumato-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 !**



LE CMCK RECRUTE

1 IADE H/F

POUR SON BLOC OPERATOIRE (4 salles)

Adresser lettre de motivation et CV, à :

Audrey MONDOR
Responsable Recrutement
CMCK - BP 703 - 97387 Kourou Cedex
Tél. : 05 94 32 76 08 - Fax : 0594 32 76 00
E-mail : candidatures@cmck.org

POSTE A POUVOIR IMMEDIATEMENT EN CDD DE 6 MOIS À TEMPS PLEIN (35H)

Vous bénéficierez :

D'une rémunération motivante : majoration DOM (36% vie chère).
D'un 13^{ème} mois.
D'une prise en charge du billet d'avion.
D'un hébergement durant toute la durée du CDD.
D'un véhicule.
De titres restaurant.



Outre-Mer

Rejoignez
la communauté
des IADE

Réseau
PRO+
Santé

Sur ReseauProsante.fr

www.ReseauProsante.fr est un site Internet certifié HONcode

HON
CODE

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

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

adhérez au :



www.snia.net

Syndicat National des Infirmiers Anesthésistes

157 Rue Legendre - 75017 PARIS

Tel. : 01.40.35.31.98

Fax : 01.40.35.31.95

e-mail : snia75@snia.net