

Syndicat National des Infirmier(e)s-Anesthésistes

Bulletin d'Information du Syndicat National des Infirmier(e)s Anesthésistes



- ✦ Information du patient
- ✦ ALR par un IADE
- ✦ Assemblée générale le 10 juin 2017



annonces CONGRES

31 mai et 1 et 2 juin 2017 – Urgences 2017 – 11^{ème} congrès Sté Française de Médecine d'Urgence
 Palais des congrès
 2, place de la Porte Maillot – 75017 Paris
 Site : <http://www.urgences-lecongres.org>

3 et 10 juin 2017 – 35^{ème} Congrès MAPAR
 Centre des Congrès de la Villette - Cité des Sciences et de l'Industrie
 30 avenue Corentin Cariou - 75019 PARIS
 Accueil au niveau S1 du Centre des Congrès
 E-Mail : secretariat@mapar.org
 Site 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

Dans tous les textes et surtout en ce qui concerne les textes de loi, la sémantique a une importance primordiale. Chaque mot choisi de la langue française et utilisé a une définition précise. Il est inutile de chercher des interprétations ambiguës ou douteuses.

C'est pourquoi le décret concernant l'infirmier-anesthésiste devait être modernisé afin que l'autonomie qui caractérise notre exercice se traduise réglementairement. Cette révision était également indispensable pour conforter la place de l'IADE dans les transports sanitaires.

Le corps médical reconnaît et se réjouit de l'excellence de notre niveau. Il est par conséquent surprenant de lire parfois des réflexions à caractère vexatoire mais qui restent heureusement isolées.

Les Ministères de la Santé et de la Fonction Publique n'ont pas exaucé nos revendications statutaires et salariales.

Force est de constater qu'ils ont refusé d'appliquer le principe d'équité et leurs propositions ont été validées le 16 mars par le CSFPH contre l'avis des syndicats favorables à l'IADE.

Il est incroyable que certains puissent a priori s'en réjouir et se satisfaire de ces propositions qui sont loin d'être de réelles avancées.

Les Cadres et Cadres Sup IADE (ou plutôt les IADE-Cadres et les IADE-Cadres Sup...) ont été oubliés.

Pourtant, le SNIA a toujours cité l'ensemble de la filière IADE dans ses courriers, ses communiqués et ses préavis de grève et a toujours représenté et défendu toutes les composantes de la filière sans distinction aucune.

Pourtant, l'intersyndicale SNIA/UFMIC-CTG/FO s'est toujours positionnée en faveur de l'ensemble de la filière IADE depuis le début de ce mouvement.

Ce n'est pas parce que l'encadrement a été laissé de côté que les syndicats qui soutiennent et ont défendu les revendications de la profession doivent en être tenus comme responsables.

Si l'encadrement a été oublié, c'est simplement que telle était la volonté des ministères.

Je trouve regrettable et injuste de lire que certains incitent les Cadres IADE à une défiance envers les syndicats que je viens de citer. Je leur demande de ne pas se laisser berner par des manœuvres basement politiques.

Le combat n'est pas terminé, ni pour les IADE, ni pour l'encadrement IADE.

Le combat n'est pas terminé pour la filière IADE.

Le mouvement a été mis en veilleuse, indépendamment de notre volonté, à cause des élections présidentielles.

La situation est loin d'être satisfaisante.

Le dossier IADE est loin d'être clos.

Le nouveau gouvernement doit savoir que nous reviendrons.

Jean-Marc SERRAT
Président du SNIA

BULLETIN N° 207 MAI 2017

ANNONCES CONGRÈS

2

EDITO

3

ACTIVITÉS SYNDICALES

4

ARTICLE PROFESSIONNEL

6

DOSSIER ANESTHÉSIE

8

TEXTES OFFICIELS

9

QUALITÉ - GESTION DES RISQUES

23

ARTICLE SCIENTIFIQUE

25

LES ANNONCES DE RECRUTEMENT

30

Syndicat National des Infirmiers Anesthésistes

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

ISSN : 2265 - 920X

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

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

Les annonceurs sont seuls responsables du contenu de leur annonce.

DÉCRET N° 2017-316 DU 10 MARS 2017 RELATIF AUX ACTES INFIRMIERS RELEVANT DE LA COMPÉTENCE DES INFIRMIERS ANESTHÉSISTES DIPLÔMÉS D'ÉTAT

NOR : AFSH1632901D

Publics concernés : *Infirmiers anesthésistes diplômés d'Etat ; étudiants infirmiers anesthésistes ; médecins anesthésistes-réanimateurs et médecins urgentistes.*

Objet : *Clarification et élargissement du champ d'exercice des infirmiers anesthésistes diplômés d'Etat.*

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

Notice : *Le décret modifie le champ de compétence des infirmiers anesthésistes diplômés d'Etat (IADE). Il précise les conditions de réalisation des actes relevant du champ de l'anesthésie. Dans le cadre des transports infirmiers inter hospitaliers, il habilite les IADE à réaliser le transport des patients stables ventilés, intubés ou sédatisés. Enfin, il élargit la compétence des IADE en matière de prise en charge de la douleur postopératoire.*

Références : *Les dispositions du code de la santé publique modifiées par le présent décret peuvent être consultées, dans leur rédaction résultant de cette modification, sur le site Légifrance (<http://www.legifrance.gouv.fr>).*

Le Premier ministre,

Sur le rapport de la ministre des Affaires Sociales et de la Santé,

Vu le code de la santé publique, notamment ses articles L. 4161-1, L. 4311-1 et L. 6312-5 ;

Vu l'avis du Haut Conseil des professions paramédicales en date du 27 octobre 2016 ;

Vu l'avis de l'Académie nationale de médecine en date du 7 novembre 2016 ;

Le Conseil d'Etat (section sociale) entendu,

Décrète :

Art. 1^{er}. – L'article R. 4311-12 du code de la santé publique est remplacé par les dispositions suivantes :

« Art. R. 4311-12. – I. – A. – L'infirmier ou l'infirmière, anesthésiste diplômé d'Etat, exerce ses activités sous le contrôle exclusif d'un médecin anesthésiste-réanimateur sous réserve que ce médecin :

« 1° Ait préalablement examiné le patient et établi par écrit la stratégie anesthésique comprenant les objectifs à atteindre, le choix et les conditions de mise en œuvre de la technique d'anesthésie ;

« 2° Soit présent sur le site où sont réalisés les actes d'anesthésie ou la surveillance post interventionnelle, et puisse intervenir à tout moment.

« B. – L'infirmier ou l'infirmière, anesthésiste diplômé d'Etat est, dans ces conditions, seul habilité à :

« 1° Pratiquer les techniques suivantes :

« a) Anesthésie générale ;

« b) Anesthésie locorégionale et réinjections dans le cas où un dispositif a été mis en place par un médecin anesthésiste-réanimateur ;

« c) Réanimation per opératoire ;

« 2° Accomplir les soins et réaliser les gestes nécessaires à la mise en œuvre des techniques mentionnées aux a, b et c du 1° ;

« 3° Assurer, en salle de surveillance post interventionnelle, les actes relevant des techniques mentionnées aux a et b du 1° et la poursuite de la réanimation préopératoire.

« II. – L'infirmier ou l'infirmière, anesthésiste diplômé d'Etat, sous le contrôle exclusif d'un médecin anesthésiste-réanimateur, peut intervenir en vue de la prise en charge de la douleur postopératoire en pratiquant des techniques mentionnées au b du 1° du B du I.

« III. – L'infirmier ou l'infirmière anesthésiste est seul habilité à réaliser le transport des patients stables ventilés, intubés ou sédatisés pris en charge dans le cadre des transports infirmiers inter hospitaliers.

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

Art. 2. – Après l'article R. 4311-12 du même code, il est inséré un article R. 4311-12-1 ainsi rédigé :

« Art. R. 4311-12-1. – L'étudiant ou l'étudiante, préparant le diplôme d'infirmier ou d'infirmière anesthésiste diplômé d'Etat, peut participer aux activités mentionnées à l'article R. 4311-12 en présence d'un infirmier ou d'une infirmière anesthésiste diplômé d'Etat. ».

Art. 3. – A l'article R. 6312-28-1 du même code, après le deuxième alinéa, il est inséré un troisième alinéa ainsi rédigé : « Pour le transport infirmier inter hospitalier de patients stables ventilés, intubés ou sédatisés, l'infirmier composant l'équipe mentionnée à l'alinéa précédent est un infirmier ou une infirmière anesthésiste diplômé d'Etat. ».

Art. 4. – I. – L'article D. 6124-94 du même code est ainsi modifié :

1° Au premier alinéa, les mots : « d'un protocole établi et mis en œuvre » sont remplacés par les mots : « de la stratégie anesthésique établie par écrit et mise en œuvre » ;

2° Au quatrième alinéa, les mots : « au protocole anesthésique retenu » sont remplacés par les mots : « à la stratégie anesthésique retenue ».

II. – Au premier alinéa de l'article D. 6124-102 du même code, les mots : « Le protocole d'anesthésique » sont remplacés par les mots : « La stratégie anesthésique ».

Art. 5. – La ministre des Affaires Sociales et de la Santé est chargée de l'exécution du présent décret, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait le 10 mars 2017.

Par le Premier ministre
BERNARD CAZENEUVE

La ministre des affaires
sociales et de la santé
MARISOL TOURAINE

ASSEMBLEE GENERALE

SAMEDI 10 JUIN 2017

DE 11H00 À 13H00

SIÈGE NATIONAL DU SNIA

157, RUE LEGENDRE - 75017 PARIS

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



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

NAISSANCE D'UN NOUVEAU SYNDICAT D'INFIRMIERS DE BLOC OPERATOIRE

Paris, le 6 avril 2017– En réponse à une demande de plus en plus forte des infirmiers de bloc opératoire, l'Unaibode annonce la création d'un syndicat, le Snibo pour Syndicat National des Infirmiers de Bloc Opératoire. Adossé à l'Unaibode, le Snibo s'attachera de manière indépendante à apporter une force nouvelle dans les combats menés par et pour les Ibode.

LES IBODE ONT LEUR SYNDICAT !

Depuis de nombreuses années, la création d'un syndicat spécialement dédié aux infirmiers de bloc opératoire est un souhait latent chez les Ibode et exprimé de manière de plus en plus vive ces derniers temps. L'année écoulée et son lot de mécontentements exprimés à travers les trois mobilisations infirmières auxquelles les Ibode ont très largement participé ont inévitablement accéléré le processus de création d'un syndicat.

C'est donc en réponse à une demande forte et répétée des Ibode qu'est né le Syndicat National des Infirmiers de Bloc Opératoire. Adossé à l'Unaibode, le Snibo voit le jour pour garantir des réponses et des services complémentaires et distincts de ceux proposés par l'Unaibode.

Si ce nouveau syndicat est une création de l'Unaibode, celui-ci gardera cependant son indépendance dans ses messages et dans ses combats pour la défense des Ibode. Il s'attachera à préserver leurs valeurs à travers l'offre proposée à ses adhérents

En outre, le Snibo s'attachera à :

- Définir, mettre en œuvre et faire connaître une politique de reconnaissance et de progrès social des infirmiers de bloc opératoire
- Défendre les intérêts matériels, moraux et financiers des infirmiers de bloc opératoire dans l'exercice de leur profession et leur emploi
- Promouvoir et défendre le statut professionnel des infirmiers de bloc opératoire
- Défendre, protéger et améliorer les conditions d'exercice des infirmiers de bloc opératoire.

<http://www.unaibode.fr>

Brigitte Ludwig - Présidente de l'Unaibode

06 75 53 37 81 - presidence.unaibode@gmail.com

Contact Presse

Sébastien Devillers - Aurasi Communication

06 63 43 89 24 - sdevil@aurasicommunication.com

QUID DE L'INFORMATION DU PATIENT LORS DE LA CONSULTATION EN ANESTHÉSIE

Le patient lors de la consultation d'anesthésie doit être informé par le médecin anesthésiste des éléments de son intervention. « *Le médecin doit à la personne qu'il examine, qu'il soigne ou qu'il conseille une information loyale, claire et appropriée sur son état, les investigations et les soins qu'il lui propose (...)* » (article R. 4127-35 du Code de la Santé Publique). Sans entrer dans les détails de la consultation d'anesthésie, le médecin doit informer le patient qu'il sera assisté dans sa tâche par une équipe pluridisciplinaire dont les infirmiers anesthésistes.

Dans un arrêt du 19 septembre 2014 (n°361534), le Conseil d'Etat rappelle qu'une information loyale préalable du patient est nécessaire si la présence d'un technicien est requise lors de la réalisation d'un examen intime.

Le Conseil d'Etat indique qu'il ne résulte d'aucune de ces dispositions, ni même d'aucun principe, que le médecin doit informer systématiquement le patient de l'identité et de la nature des fonctions des personnes devant l'assister dans la réalisation d'un acte médical, ou encore de recueillir son consentement préalable sur la présence d'une telle personne. Pour autant, dans le cas de cette patiente, il considère que son information et son consentement préalables quant à la présence du technicien étaient requis. Un médecin qui, en dépit de la réticence du malade, permet la présence d'un tiers lors d'un examen intime, sans que le patient ait pu s'y opposer avant le début de l'examen, manque donc à son devoir d'information. En effet, pour les magistrats, « *eu égard, d'une part, au caractère intime de l'examen que devait subir [la patiente] et, d'autre part, au premier refus qu'elle avait opposé à la présence du technicien, l'information tardive délivrée par [le praticien] à la patiente, ne peut être regardée comme loyale et appropriée ; que, pour les mêmes raisons, et alors même que [la patiente] s'est finalement mise en position d'examen, [le praticien] ne peut être regardé comme ayant recueilli de sa part un consentement éclairé* ».

Ce qu'il faut retenir de la décision du conseil d'Etat dans cet exemple particulier, c'est la phrase suivante :

Le Conseil d'Etat indique qu'il ne résulte d'aucune de ces dispositions, ni même d'aucun principe, que le médecin doit informer systématiquement le patient de l'identité et de la nature des fonctions des personnes devant l'assister dans la réalisation d'un acte médical, ou encore de recueillir son consentement préalable sur la présence d'une telle personne. On peut en déduire que le médecin anesthésiste n'a pas besoin lors de la consultation de préciser le niveau d'intervention des personnes qui l'assistent.

Je rappelle qu'il n'existe pas de transfert d'acte à proprement parlé entre le MAR et l'IADE concernant son intervention dans la période péri-anesthésique mais de l'application par celui-ci dans les règles de l'art de technique d'anesthésie décidée par le médecin anesthésiste et sous sa responsabilité.

Ce point est rappelé dans le Décret N°94-1050 du 5 décembre 1994 relatif aux conditions techniques de

fonctionnement des établissements de santé en ce qui concerne la pratique de l'anesthésie qui précise dans son Article D. 712-43 :

« L'anesthésie est réalisée sur la base d'un protocole établi et mis en œuvre sous la responsabilité d'un médecin anesthésiste-réanimateur, en tenant compte des résultats de la consultation et de la visite pré-anesthésiques mentionnées à l'article D. 712-41 ».

Pour l'induction, on nous oppose souvent que si elle peut être réalisée par l'IADE sous la responsabilité du MAR, le patient doit en être informé.

Ce point est infirmé par les commentaires du conseil d'Etat dans l'exemple cité ci-dessus. Mais ce qui pourrait être vrai pour l'induction devrait dans ces conditions l'être tout autant pour l'entretien de l'anesthésie et du réveil réalisés très souvent par du personnel non spécialisé.

Le médecin doit-il informer le patient qu'il ne réalisera pas lui-même la pose d'une perfusion nécessaire à l'acte d'anesthésie ?

On voit par ce simple exemple les limites dans les informations que doivent recevoir les patients.

Un arrêt de la Cour d'appel du 10 février 2016 publié sur le site de la MACSF retient pour justifier sa décision de condamnation l'illégalité de la délégation du MAR vers l'IADE pour la réalisation d'une rachianesthésie et le défaut d'information pour ne pas avoir prévenu le patient de l'intervention de l'IADE.

Certains établissements ont déjà anticipé en communiquant lors de la consultation ce type d'information dont voici deux exemples.

INFORMATION DU PATIENT

En fin d'intervention, vous serez surveillé de manière continue dans une salle de surveillance post-interventionnelle (salle de réveil). Durant l'anesthésie et votre passage en salle de surveillance post-interventionnelle, vous serez pris(e) en charge par une équipe de professionnels, placée sous la responsabilité médicale d'un médecin anesthésiste réanimateur.

Durant l'anesthésie et en salle de surveillance post-interventionnelle (« salle de réveil ») votre enfant sera pris en charge par un personnel infirmier qualifié, sous la responsabilité d'un médecin anesthésiste-réanimateur.

Afin d'éviter ce type de désagrément aboutissant à une condamnation du MAR comme celui de l'IADE, il serait très utile que les MAR informent les patients qu'ils ne réalisent pas forcément la totalité de l'acte d'anesthésie personnellement mais qu'ils sont assistés par des personnels formés.

Bruno Huet

Vice-Président du SNIA

DIU de droit de l'expertise médicale

Expert judiciaire

LA REALISATION D'UNE ALR PAR UN IADE

De nombreux collègues se posent la question de savoir si un IADE peut réaliser le geste technique d'une ALR.

Lorsque l'on regarde l'article 4311-12 (1), l'interprétation du texte est ambiguë car celui-ci est ainsi rédigé :

L'IADE est habilité à appliquer les techniques suivantes :

- ALR et réinjection lorsqu'un dispositif a été mis en place par le MAR.

La précision concernant la réinjection n'a comme objectif que de préciser l'exclusivité de l'IADE pour injecter dans un dispositif d'ALR dans le cadre d'une procédure d'anesthésie, à la différence d'une analgésie, vasodilatation en vasculaire qui est possible pour d'autres professionnels, péridurale en obstétrique.

A cela, on peut rajouter la phrase suivante qui permet encore une marge de manœuvre dans son interprétation : Il accomplit les soins et peut, à l'initiative exclusive du médecin anesthésiste-réanimateur, réaliser les gestes techniques qui concourent à l'application du protocole.

MAIS

L'article 4311-12 est rédigé comme un décret de mission. Pour connaître ce qu'un IADE peut entreprendre, il faut regarder les derniers référentiels de 2012 (surtout celui de formation) qui déterminent les qualifications de l'IADE. La qualification est l'habilitation d'un professionnel à exercer un certain nombre d'actes du fait de l'obtention d'un diplôme.

A ne pas confondre avec la compétence qui correspond à l'acquisition propre par le professionnel de savoir-faire. En clair, on peut avoir obtenu une compétence sans forcément en avoir la qualification réglementaire. C'est le cas lorsque je mets une voie centrale avec le MAR ou l'urgentiste.

Lorsqu'on regarde les référentiels de 2012 (2) surtout celui de formation, concernant les ALR, l'apprentissage du geste technique n'est pas abordé en théorie avec apprentissage sur le terrain comme pour l'intubation ou la pose d'une artère radiale. Sur aucun des référentiels, une phrase allant dans le sens de la réalisation d'une ALR est mentionnée.

A cela, les recommandations du conseil de l'Ordre des médecins (3), tout comme celle de la SFAR sont claires, l'ALR est un geste technique uniquement réalisable par le médecin.

Les recommandations des bonnes pratiques professionnelles des sociétés savantes sont prises en compte par les magistrats comme étant la règle et sans arguments contradictoires, les magistrats se reposent sur celle-ci pour prendre une décision.

La délégation de tâche n'est possible que si le délégué en a la qualification et aussi la compétence.

Par exemple, induction et surveillance d'une anesthésie, réveil. La délégation comprend l'idée de supervision et de fait la responsabilité du délégant reste engagée du fait de la décision de déléguer. La responsabilité du délégué (professionnel a priori non médecin) est engagée dans la réalisation de l'acte. Dans tous les cas, cette délégation doit se faire dans le respect des recommandations de bonnes pratiques des sociétés savantes.

EN CONCLUSION

Vous l'avez bien compris, même si c'est un MAR qui vous forme, eu égard aux éléments pré-cités, la réalisation d'une ALR par un IADE représente un risque non négligeable d'avoir sa responsabilité engagée même avec un très bon avocat.

Pour ne citer qu'un exemple récent (4), voici une décision d'une cour d'appel au civil qui peut encore être renversée si le MAR fait appel en cour de cassation.

Seule possibilité pour vous, c'est de passer par un protocole de coopération entre professionnels (article 51 de la loi HPST) qui permettra légalement de pouvoir réaliser certaines ALR et d'être couvert par l'assurance de votre établissement. Parlez-en à votre MAR, cela vous mettra à l'abri ainsi que le MAR des désagréments judiciaires en cas de complications toujours possibles.

Bruno Huet

Vice-président du SNIA

DIU de droit de l'expertise médicale

Expert judiciaire

1. <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006913900>

2. http://www.snia.net/uploads/7/7/8/5/7785148/ste_20120007_0100_0024.pdf

3. <https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/anesth.pdf>

4. <https://www.macsfr-exerciceprofessionnel.fr/Responsabilite/Actes-de-soins-technique-medicale/anesthesiste-condamne>

PRÉCAUTIONS À PRENDRE POUR OPÉRER UN DIABÉTIQUE

Le chirurgien qui entreprend d'opérer un diabétique doit comprendre à la fois le mécanisme du diabète sucré et les conséquences qu'il peut induire dans la période péri-opératoire.

Avant d'intervenir, on s'attachera à préciser le type de diabète, à connaître son ancienneté et les complications apparues, à noter les traitements reçus, à évaluer les fonctions cardiaque et rénale, à normaliser la glycémie, et à retarder l'intervention si l'HbA1c est > 10 %.

Ces malades seront les premiers opérés de la journée afin de réduire leur durée de jeûne. La conduite à tenir dépend aussi du type de médicaments prescrits ; par exemple, les biguanides seront évités le jour de l'intervention et les 2 jours suivants en cas d'utilisation de produit de contraste ou d'insuffisance rénale. Tous les antidiabétiques oraux seront « sauvés » le jour de l'intervention, et, si l'intervention est

lourde, une insulinothérapie temporaire sera mise en route jusqu'au retour de l'alimentation.

Les diabétiques de type 1 recevront le matin de l'intervention une insuline lente, le traitement habituel étant repris à l'occasion du 1^{er} repas, mais l'insuline lente sera prolongée pour éviter le risque d'acidocétose. Il importe d'éviter les vomissements qui retardent la reprise de l'alimentation, de supprimer la douleur tout en bannissant les anti-inflammatoires non stéroïdiens et de surveiller les points de pression plus susceptibles qu'ailleurs d'entraîner des troubles trophiques.

Dr Jean-Fred Warlin

Publié dans JIM le 05/01/2017

Référence

Hoy C et Beecroft C: Perioperative management of the patient with endocrine disease. *Surgery* 2016 ; 34 (8): 386-391

PRÉMA : 2 MINUTES DE MASSAGE AVANT LA PONCTION VEINEUSE

Les ponctions veineuses comptent parmi les procédures les plus fréquentes et les plus douloureuses que doivent subir les nouveau-nés prématurés. Pour éviter les répercussions à long terme que cette douleur répétitive entraîne, la médication analgésique peut ne pas suffire. Des études ont déjà rapporté que le massage entraînait une diminution de la douleur chez des bébés prématurés chez qui du sang était prélevé au talon (1). Qu'en serait-il pour les ponctions veineuses ?

Des chercheuses chinoises (2) ont mené une étude randomisée en cross over et à double insu auprès de 90 nouveau-nés, chacun étant son propre contrôle avec une période d'attente (washout) de 24 à 48 heures entre les procédures. Les données de 15 enfants n'ont pas été prises en compte parce qu'ils ne nécessitaient pas deux ponctions veineuses. Les autres critères d'exclusion étaient d'avoir reçu de la sédation ou une curarisation dans les 48 dernières heures et d'avoir une anomalie du système nerveux central.

DIMINUTION SIGNIFICATIVE DU SCORE DE LA DOULEUR

En moyenne, les 65 nouveau-nés participants étaient âgés de 37 semaines d'âge gestationnel et pesaient 2,7 kg. Le massage (ou l'absence de massage) sur les membres supérieurs, d'une durée de deux minutes, a été accompli par la même infirmière formée par une physiothérapeute et était caché de la vue par un drap. Les autres intervenants étaient aveugles à la procédure. Ils comprenaient les médecins qui ont réalisé les ponctions veineuses et quatre infirmières qui ont ensuite évalué les manifestations de douleur à l'aide de l'Échelle PIPP (3) Premature Infant Pain Profil.

La différence était statistiquement significative, puisque le score moyen des bébés ayant été massés était proche du score d'une douleur minimale ou modérée (6,0 pour le premier groupe massé et 7,3 pour le deuxième groupe), alors qu'il était à plus de 12 (douleur élevée) lorsqu'ils n'étaient pas massés.



Cette étude rigoureuse démontre que le massage constitue une méthode complémentaire de soins valable qui gagnerait à être enseignée aux infirmières ou réalisée en complémentarité avec les physiothérapeutes ou les kinésithérapeutes qui œuvrent dans les unités néonatales.

Cécile Michaud

Publié dans JIM le 31/03/2017

Références

1. Jain, S., Kumar, P., & McMillan, D. D. (2006). Prior leg massage decreases pain responses to heel stick in preterm babies. *Journal of Paediatrics & Child Health*, 2006; 42: 505-508.
2. Chik, Y.-M., Ip, W.-Y., & Choi, K.-C. (2017). The effect of upper limb massage on infants' venipuncture pain. *Pain Management Nursing*, 2017; 18: 50-57. doi.org/10.1016/j.pmn.2016.10.001.
3. <https://www.pediadol.org/IMG/pdf/PIPP.pdf>

DÉCRETS, ARRÊTÉS, CIRCULAIRES

TEXTES GÉNÉRAUX

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ

ORDONNANCE NO 2017-50 DU 19 JANVIER 2017 RELATIVE À LA
RECONNAISSANCE DES QUALIFICATIONS PROFESSIONNELLES DANS LE DOMAINE DE
LA SANTÉ

NOR : AFSH1631465R

Le Président de la République,

Sur le rapport du Premier ministre et de la ministre des affaires sociales et de la santé,

Vu la Constitution, notamment son article 38 ;

Vu le règlement d'exécution (UE) 2015/983 de la Commission du 24 juin 2015 sur la procédure de délivrance de la carte professionnelle européenne et l'application du mécanisme d'alerte conformément à la directive 2005/36/CE du Parlement européen et du Conseil ;

Vu la directive 2005/36/CE du Parlement européen et du Conseil du 7 septembre 2005 relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles modifiée par la directive 2013/55/UE du Parlement européen et du Conseil du 20 novembre 2013 ;

Vu le code de l'éducation ;

Vu le code de la santé publique ;

Vu le code de justice administrative, notamment son article R. 123-20 ;

Vu la loi n° 2004-806 du 9 août 2004 modifiée relative à la politique de santé publique, notamment son article 52 ;

Vu la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, notamment son article 216 ;

Vu l'ordonnance n° 2016-1809 du 22 décembre 2016 relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles de professions réglementées ;

Vu l'avis du Haut Conseil des professions paramédicales en date du 27 octobre 2016 ;

Le Conseil d'Etat (section sociale) entendu ;

Le conseil des ministres entendu,

Ordonne :

CHAPITRE I^{er}

Dispositions générales

Article 1^{er}

Le titre préliminaire du livre préliminaire de la quatrième partie du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Il est créé un chapitre I^{er} intitulé : « Dispositions générales », comprenant les articles L. 4001-1 et L. 4001-2 ;

2° Il est ajouté un chapitre II ainsi rédigé :

« CHAPITRE II

« Dispositions communes relatives
à la reconnaissance des qualifications professionnelles

« Section 1

« Alerte

« Art. L. 4002-1. – Un professionnel relevant de la présente partie peut faire l'objet d'une alerte dans les conditions prévues aux articles 7 et 8 de l'ordonnance n° 2016-1809 du 22 décembre 2016 relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles de professions réglementées.

« Section 2

« Carte professionnelle

« Art. L. 4002-2. – La carte professionnelle européenne est applicable aux professions de pharmacien, d'infirmier et de masseur-kinésithérapeute dans les conditions prévues aux articles 1^{er} à 4 de l'ordonnance n° 2016-1809 du 22 décembre 2016 relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles de professions réglementées.

« Section 3

« Accès partiel

« Art. L. 4002-3. – I. – Un accès partiel à une activité professionnelle relevant de la présente partie peut être accordé au cas par cas lorsque les trois conditions suivantes sont remplies :

« 1^o Le professionnel est pleinement qualifié pour exercer, dans l'Etat d'origine membre de l'Union européenne ou partie à l'accord sur l'Espace économique européen, l'activité professionnelle pour laquelle il sollicite un accès en France ;

« 2^o Les différences entre l'activité professionnelle légalement exercée dans l'Etat d'origine et la profession correspondante en France sont si importantes que l'application de mesures de compensation reviendrait à imposer au demandeur de suivre le programme complet d'enseignement et de formation requis pour avoir pleinement accès à la profession en France ;

« 3^o L'activité professionnelle pour laquelle l'intéressé sollicite un accès peut objectivement être séparée d'autres activités relevant de la profession en France ; l'autorité compétente française tient compte du fait que l'activité professionnelle peut ou ne peut pas être exercée de manière autonome dans l'Etat membre d'origine.

« II. – L'accès partiel peut en outre être refusé si ce refus est justifié par des raisons impérieuses d'intérêt général, s'il est propre à garantir la réalisation de l'objectif poursuivi et s'il ne va pas au-delà de ce qui est nécessaire pour atteindre cet objectif.

« Art. L. 4002-4. – La demande d'accès partiel de l'intéressé est examinée, selon le cas, comme une demande à fin d'établissement ou de libre prestation de services de la profession concernée. L'autorité compétente se prononce sur les demandes à fin d'établissement après avis de l'ordre le cas échéant concerné.

« Art. L. 4002-5. – Dans l'exercice des activités auxquelles un accès partiel lui a été accordé, le professionnel dispose des mêmes droits, est soumis aux mêmes obligations et encourt les mêmes responsabilités civiles, disciplinaires et pénales que les professionnels relevant, selon le cas, des dispositions relatives à l'établissement ou de celles relatives à la libre prestation de services, sous réserve des dispositions du présent article.

« L'intéressé exerce sous le titre professionnel de l'Etat d'origine rédigé dans la langue de cet Etat. L'autorité compétente peut exiger une traduction en français de ce titre professionnel.

« L'intéressé informe clairement les patients et les autres destinataires de ses services des actes qu'il est habilité à effectuer dans le champ de son activité professionnelle.

« Le tableau de l'ordre concerné comporte une liste distincte mentionnant les actes que les intéressés sont habilités à effectuer dans le champ de la profession, le cas échéant dans la spécialité au titre de laquelle ils sont inscrits. Les intéressés sont électeurs aux conseils de l'ordre mais n'y sont pas éligibles.

« Art. L. 4002-6. – La présente section n'est pas applicable aux professionnels qui remplissent les conditions requises pour bénéficier de la reconnaissance automatique de leurs qualifications professionnelles au sens de la directive 2005/36/CE du Parlement européen et du Conseil du 7 septembre 2005 relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles.

« Section 4

« Dispositions communes

« Art. L. 4002-7. – Les conditions et modalités d'application du présent chapitre sont définies par décret en Conseil d'Etat. »

CHAPITRE II

Dispositions relatives à la libre prestation de services

Article 2

Le deuxième alinéa des articles L. 1132-5, L. 4241-11, L. 4241-16, L. 4321-11, L. 4322-15, L. 4331-6, L. 4332-6, L. 4341-7, L. 4342-5, L. 4351-8, L. 4352-7, L. 4361-9, L. 4362-7, L. 4371-7, L. 4391-4, L. 4392-4, L. 4393-5 du code de la santé publique et la première phrase du deuxième alinéa de l'article L. 4393-14 du même code sont remplacés par les dispositions suivantes :

« Lorsque l'exercice ou la formation conduisant à la profession n'est pas réglementé dans l'Etat où il est établi, le prestataire de services doit justifier avoir exercé dans un ou plusieurs Etats, membres ou parties, pendant un an au moins à temps plein ou à temps partiel pendant une durée totale équivalente au cours des dix années précédentes. »

Article 3

I. – Le deuxième alinéa des articles L. 4112-7, L. 4222-9, L. 4311-22, L. 4393-14 et le troisième alinéa des articles L. 1132-5, L. 4241-11, L. 4241-16, L. 4321-11, L. 4322-15, L. 4331-6, L. 4332-6, L. 4341-7, L. 4342-5, L. 4351-8, L. 4352-7, L. 4361-9, L. 4362-7, L. 4371-7, L. 4391-4, L. 4392-4 et L. 4393-5 du code de la santé publique sont complétés par les dispositions suivantes :

« Le prestataire joint une déclaration concernant les connaissances linguistiques nécessaires à la réalisation de la prestation. »

II. – Le troisième alinéa des articles L. 4112-7 et L. 4222-9 du même code est remplacé par les dispositions suivantes qui sont également insérées après le deuxième alinéa de l'article L. 4311-22, après le troisième alinéa des articles L. 4321-11 et L. 4322-15, après le dixième alinéa de l'article L. 4322-2 et sont enfin ajoutées aux articles L. 1132-6, L. 4112-2, L. 4222-6, L. 4241-12, L. 4241-17, L. 4311-17, L. 4321-9, L. 4333-2, L. 4341-8, L. 4342-6, L. 4351-9, L. 4352-8, L. 4361-10, L. 4362-8, L. 4371-8, L. 4391-5, L. 4392-5, L. 4393-6 et L. 4393-15 du même code :

« Le contrôle de la maîtrise de la langue doit être proportionné à l'activité à exercer et réalisé une fois la qualification professionnelle reconnue. »

III. – Au quatrième alinéa des articles L. 4321-11 et L. 4322-15 et au troisième alinéa de l'article L. 4311-22 du même code, les mots : « linguistiques nécessaires à la réalisation de la prestation et celles » sont supprimés.

Article 4

I. – La seconde phrase du cinquième alinéa des articles L. 1132-5, L. 4241-11, L. 4241-16, L. 4311-22, L. 4331-6, L. 4332-6, L. 4341-7, L. 4342-5, L. 4351-8, L. 4352-7, L. 4361-9, L. 4362-7, L. 4371-7, L. 4391-4, L. 4392-4, L. 4393-5, la seconde phrase du sixième alinéa des articles L. 4321-11 et L. 4322-15 et la seconde phrase du quatrième alinéa de l'article L. 4393-14 du code de la santé publique sont remplacées par les dispositions suivantes : « En cas de différence substantielle entre les qualifications du prestataire et la formation exigée en France, de nature à nuire à la santé publique, l'autorité compétente soumet le professionnel à une épreuve d'aptitude. »

II. – A la seconde phrase du cinquième alinéa des articles L. 4112-7 et L. 4222-9, les mots : « demandent au prestataire d'apporter la preuve qu'il a acquis les connaissances et compétences manquantes, notamment au moyen de mesures de compensation » sont remplacés par les mots : « soumettent le professionnel à une épreuve d'aptitude ».

CHAPITRE III**Dispositions relatives à la liberté d'établissement****Article 5**

I. – Le premier alinéa du II de l'article L. 4111-2 du code de la santé publique est complété par les dispositions suivantes : « S'agissant des médecins et, le cas échéant, des chirurgiens-dentistes, la reconnaissance porte à la fois sur le titre de base et sur le titre de spécialité. »

II. – Au premier alinéa de l'article L. 4131-1-1 du même code, après les mots : « titres de formation » sont ajoutés les mots : « de base et de spécialité ».

III. – Au premier alinéa de l'article L. 4141-3-1 du même code, après les mots : « titres de formation », sont ajoutés les mots : « de base et, le cas échéant, de spécialité ».

IV. – A l'article L. 4221-14-1 du même code, les mots : « d'un titre de formation délivré », sont remplacés par les mots : « de titres de formation de base et, le cas échéant, de spécialité délivrés ».

V. – Après la première phrase de l'article L. 4221-14-2 du même code, est insérée la phrase suivante : « Lorsque les intéressés ont obtenu un titre de spécialité, la reconnaissance porte à la fois sur le titre de base et sur le titre de spécialité ».

VI. – Au premier alinéa de l'article L. 4222-9 du même code, après les mots : « actes de sa profession, » sont insérés les mots : « le cas échéant dans la spécialité concernée, ».

Article 6

I. – Au premier alinéa des articles L. 1132-3, L. 4241-14, L. 4321-4, L. 4332-4, L. 4341-4, L. 4342-4, L. 4351-4, L. 4361-4, L. 4362-3 et L. 4371-4, les mots : « qui ont suivi avec succès un cycle d'études postsecondaires et » sont supprimés.

II. – Au premier alinéa des articles L. 4322-4 et L. 4331-4, les mots : « , qui ont suivi avec succès un cycle d'études postsecondaires et » sont supprimés.

III. – Au premier alinéa des articles L. 4241-7, L. 4392-2, L. 4393-3 et L. 4393-12, les mots : « qui ont suivi avec succès un cycle d'études secondaires et » sont supprimés.

IV. – Au premier alinéa de l'article L. 4391-2, les mots : « qui ont suivi, avec succès, un cycle d'étude secondaires et » sont supprimés.

V. – Au premier alinéa de l'article L. 4352-6, les mots : « qui a suivi avec succès un cycle d'études postsecondaires et » sont supprimés.

Article 7

I. – Les 1°, 2° et 3° des articles L. 1132-3, L. 4241-7, L. 4241-14, L. 4321-4, L. 4322-4, L. 4331-4, L. 4332-4, L. 4341-4, L. 4342-4, L. 4351-4, L. 4352-6, L. 4361-4, L. 4362-3, L. 4371-4, L. 4391-2, L. 4392-2, L. 4393-3 et L. 4393-12 du code de la santé publique sont ainsi modifiés :

1° Les 1° et 2° sont remplacés par les dispositions suivantes :

« 1° De titres de formation délivrés par un ou plusieurs Etats, membres ou parties, et requis par l'autorité compétente de ces Etats, membres ou parties, qui réglementent l'accès à cette profession ou son exercice, et permettant d'exercer légalement ces fonctions dans ces Etats ;

« 2° Ou, lorsque les intéressés ont exercé dans un ou plusieurs Etats, membres ou parties, qui ne réglementent ni la formation, ni l'accès à cette profession ou son exercice, de titres de formation délivrés par un ou plusieurs Etats, membres ou parties, attestant de la préparation à l'exercice de la profession, accompagnés d'une attestation justifiant, dans ces Etats, de son exercice à temps plein pendant un an ou à temps partiel pendant une durée totale équivalente au cours des dix dernières années ; » ;

2° Le 3° est complété par la phrase suivante : « L'intéressé justifie avoir exercé la profession pendant trois ans à temps plein ou à temps partiel pendant une durée totale équivalente dans cet Etat, membre ou partie. »

II. – Le 2° de l'article L. 4311-4 du même code est complété par la phrase suivante : « L'intéressé justifie avoir exercé la profession pendant trois ans à temps plein ou à temps partiel pendant une durée totale équivalente dans cet Etat, membre ou partie. »

III. – Après le premier alinéa du II de l'article L. 4111-2 sont insérées les dispositions suivantes qui sont également insérées après la première phrase de l'article L. 4221-14-2 du même code :

« L'intéressé justifie avoir exercé la profession, le cas échéant dans la spécialité, pendant trois ans à temps plein ou à temps partiel pendant une durée totale équivalente dans cet Etat, membre ou partie. »

Article 8

I. – Le cinquième alinéa des articles L. 1132-3, L. 4241-7, L. 4241-14, L. 4321-4, L. 4322-4, L. 4331-4, L. 4332-4, L. 4341-4, L. 4342-4, L. 4351-4, L. 4352-6, L. 4361-4, L. 4362-3, L. 4371-4, L. 4391-2, L. 4392-2, L. 4393-3 et L. 4393-12, le quatrième alinéa de l'article L. 4311-4, le deuxième alinéa des articles L. 4131-1-1 et L. 4141-3-1, le deuxième alinéa du II de l'article L. 4111-2 et les articles L. 4151-5-1, L. 4221-14-1 et L. 4221-14-2 du code de la santé publique sont ainsi modifiés :

1° Les mots : « formation et » sont remplacés par les mots : « formation initiale, » ;

2° Après les mots : « expérience professionnelle pertinente », sont insérés les mots : « et de la formation tout au long de la vie ayant fait l'objet d'une validation par un organisme compétent » ;

3° Les mots : « qui consiste, au choix du demandeur, en une épreuve d'aptitude ou en un stage d'adaptation » sont supprimés.

II. – Après les alinéas mentionnés au I du présent article, sont insérées les dispositions suivantes qui sont également ajoutées aux articles L. 4151-5-1, L. 4221-14-1 et L. 4221-14-2 du code de la santé publique :

« Selon le niveau de qualification exigé en France et celui détenu par l'intéressé, l'autorité compétente peut soit proposer au demandeur de choisir entre un stage d'adaptation ou une épreuve d'aptitude, soit imposer un stage d'adaptation ou une épreuve d'aptitude, soit imposer un stage d'adaptation et une épreuve d'aptitude.

« La nature des mesures de compensation selon les niveaux de qualification en France et dans les autres Etats, membres ou parties, est fixée par arrêté du ministre chargé de la santé. »

Article 9

I. – Le 2° de l'article L. 4131-1 du code de la santé publique est complété par un g ainsi rédigé :

« g) Les titres de formation de médecin spécialiste délivrés par l'Italie figurant sur la liste mentionnée au a sanctionnant une formation de médecin spécialiste commencée dans cet Etat après le 31 décembre 1983 et avant le 1^{er} janvier 1991, s'ils sont accompagnés d'un certificat délivré par les autorités de cet Etat indiquant que son titulaire a exercé dans cet Etat, de façon effective et licite, la profession de médecin dans la spécialité concernée pendant au moins sept années consécutives au cours des dix années précédant la délivrance du certificat. »

II. – Le 3° de l'article L. 4141-3 du même code est complété par un g et un h ainsi rédigés :

« g) Les titres de formation de praticien de l'art dentaire délivrés par un Etat, membre ou partie, sanctionnant une formation débutée avant le 18 janvier 2016 ;

« h) Les titres de formation de médecin délivrés par l'Espagne sanctionnant une formation de médecin commencée dans cet Etat entre le 1^{er} janvier 1986 et le 31 décembre 1997, s'ils sont accompagnés d'une attestation délivrée par les autorités compétentes de cet Etat indiquant que son titulaire a suivi avec succès au moins trois années d'études conformes aux obligations communautaires de formation de base à la profession de praticien de l'art dentaire, qu'il a exercé, de façon effective, licite et à titre principal, la profession de praticien de l'art dentaire pendant au moins trois années consécutives au cours des cinq années précédant la délivrance de l'attestation et qu'il est autorisé à exercer ou exerce, de façon effective, licite et à titre principal, cette profession dans les mêmes conditions que les titulaires de titres de formation figurant sur la liste mentionnée au a. »

III. – Le 2° de l'article L. 4151-5 du même code est ainsi modifié :

1° Au *f*, les mots : « en Pologne ou » sont supprimés ;

2° Après le même *f* sont insérés un *g* et un *h* ainsi rédigés :

« *g*) Un titre de formation de sage-femme délivré en Pologne aux professionnels ayant achevé leur formation avant le 1^{er} mai 2004 et non conforme aux obligations communautaires si cet Etat atteste que l'intéressé a exercé dans cet Etat, de façon effective et licite, la profession de sage-femme pendant des périodes fixées par arrêté du ministre chargé de la santé ou si le titre de formation comporte un programme spécial de revalorisation lui permettant d'être assimilé à un titre figurant sur la liste mentionnée au *a* ;

« *h*) Les titres de formation de sage-femme délivrés par un Etat, membre ou partie, sanctionnant une formation débutée avant le 18 janvier 2016. »

IV. – Le 2° de l'article L. 4311-3 du même code est complété par un *f* et un *g* ainsi rédigés :

« *f*) Un titre de formation d'infirmier délivré par la Pologne et sanctionnant une formation terminée avant le 1^{er} mai 2004 et non conforme aux obligations communautaires, si le titre de formation comporte un programme spécial de revalorisation lui permettant d'être assimilé à un titre figurant sur la liste mentionnée au *a* ;

« *g*) Un titre de formation d'infirmier responsable de soins généraux délivrés par la Roumanie et non conforme aux obligations communautaires s'il est accompagné d'une attestation certifiant que l'intéressé a exercé dans cet Etat, de façon effective et licite, les activités d'infirmier de soins généraux, y compris la responsabilité de la planification, de l'organisation et de l'exécution de soins aux patients pendant au moins trois années consécutives au cours des cinq années précédant la date de l'attestation. »

CHAPITRE IV

Dispositions relatives à certaines professions

Article 10

I. – L'article L. 4364-1 du code de la santé publique est remplacé par les dispositions suivantes :

« *Art. L. 4364-1.* – Les prothésistes et orthésistes réalisent, sur prescription médicale, l'appareillage nécessaire aux personnes handicapées.

« Ils comprennent les professions suivantes :

« 1° Les orthoprothésistes ;

« 2° Les podoprothésistes ;

« 3° Les ocularistes ;

« 4° Les épithésistes ;

« 5° Les orthopédistes-orthésistes.

« Peuvent exercer l'une de ces professions, les personnes qui, dans des conditions déterminées par décret, justifient d'une formation attestée par un diplôme d'Etat, un titre ou un certificat ou disposent d'une expérience professionnelle et respectent des règles de délivrance de l'appareillage.

« Les conditions d'application du présent article sont définies par décret. »

II. – Au premier alinéa de l'article L. 4364-2 du même code les mots : « la profession de prothésiste ou d'orthésiste » sont remplacés par les mots : « l'une des professions mentionnées à l'article L. 4364-1 ».

III. – Après l'article L. 4364-4 du même code sont insérés les articles L. 4364-5, L. 4364-6 et L. 4364-7 ainsi rédigés :

« *Art. L. 4364-5.* – L'autorité compétente peut, après avis d'une commission composée notamment de professionnels, autoriser individuellement à exercer l'une des professions mentionnées à l'article L. 4364-1 les ressortissants d'un Etat membre de l'Union européenne ou d'un autre Etat partie à l'accord sur l'Espace économique européen qui, sans posséder le diplôme prévu à l'article L. 4364-1, sont titulaires :

« 1° De titres de formation délivrés par un ou plusieurs Etats, membres ou parties, et requis par l'autorité compétente de ces Etats, membres ou parties, qui réglementent l'accès à cette profession ou son exercice, et permettant d'exercer légalement ces fonctions dans ces Etats ;

« 2° Ou, lorsque les intéressés ont exercé dans un ou plusieurs Etats, membres ou parties, qui ne réglementent ni la formation, ni l'accès à cette profession ou son exercice, de titres de formation délivrés par un ou plusieurs Etats, membres ou parties, attestant de la préparation à l'exercice de la profession, accompagnés d'une attestation justifiant, dans ces Etats, de son exercice à temps plein pendant un an ou à temps partiel pendant une durée totale équivalente au cours des dix dernières années ;

« 3° Ou d'un titre de formation délivré par un Etat tiers et reconnu dans un Etat, membre ou partie, autre que la France, permettant d'y exercer légalement l'une des professions. L'intéressé justifie avoir exercé la profession pendant trois ans à temps plein ou à temps partiel pendant une durée totale équivalente dans cet Etat, membre ou partie.

« Dans ces cas, lorsque l'examen des qualifications professionnelles attestées par l'ensemble des titres de formation initiale, de l'expérience professionnelle pertinente et de la formation tout au long de la vie ayant fait l'objet d'une validation par un organisme compétent fait apparaître des différences substantielles au regard des

qualifications requises pour l'accès à la profession et son exercice en France, l'autorité compétente exige que l'intéressé se soumette à une mesure de compensation.

« Selon le niveau de qualification exigé en France et celui détenu par l'intéressé, l'autorité compétente peut soit proposer au demandeur de choisir entre un stage d'adaptation ou une épreuve d'aptitude, soit imposer un stage d'adaptation ou une épreuve d'aptitude, soit imposer un stage d'adaptation et une épreuve d'aptitude.

« La nature des mesures de compensation selon les niveaux de qualification en France et dans les autres Etats, membres ou parties, est fixée par arrêté du ministre chargé de la santé.

« La délivrance de l'autorisation d'exercice permet au bénéficiaire d'exercer la profession dans les mêmes conditions que les personnes titulaires du diplôme mentionné à l'article L. 4364-1.

« *Art. L. 4364-6.* – Le professionnel exerçant l'une des professions mentionnées à l'article L. 4364-1, ressortissant d'un Etat membre de l'Union européenne ou d'un autre Etat partie à l'accord sur l'Espace économique européen, qui est établi et exerce légalement les activités de l'une des professions mentionnées à l'article L. 4364-1 dans un Etat, membre ou partie, peut exécuter en France des actes professionnels, de manière temporaire ou occasionnelle.

« Lorsque l'exercice ou la formation conduisant à la profession n'est pas réglementé dans l'Etat où il est établi, le prestataire de services doit justifier y avoir exercé dans un ou plusieurs Etats, membres ou parties, pendant un an au moins à temps plein ou à temps partiel pendant une durée totale équivalente au cours des dix années précédentes.

« L'exécution de ces actes est subordonnée à une déclaration préalable, qui est accompagnée de pièces justificatives dont la liste est fixée par arrêté du ministre chargé de la santé. Le prestataire joint une déclaration concernant les connaissances linguistiques nécessaires à la réalisation de la prestation.

« Le prestataire de services est soumis aux conditions d'exercice de la profession ainsi qu'aux règles professionnelles applicables en France.

« Les qualifications professionnelles du prestataire sont vérifiées par l'autorité compétente après avis d'une commission composée notamment de professionnels, avant la première prestation de services. En cas de différence substantielle entre les qualifications du prestataire et la formation exigée en France, de nature à nuire à la santé publique, l'autorité compétente soumet le professionnel à une épreuve d'aptitude.

« Le prestataire de services peut faire usage de son titre de formation dans la langue de l'Etat qui le lui a délivré. Il est tenu de faire figurer le lieu et l'établissement où il l'a obtenu.

« Dans le cas où le titre de formation de l'Etat d'origine, membre ou partie, est susceptible d'être confondu avec un titre exigeant en France une formation complémentaire, l'autorité compétente peut décider que l'intéressé fera état du titre de formation de l'Etat d'origine, membre ou partie, dans une forme appropriée qu'elle lui indique.

« La prestation de services est réalisée sous le titre professionnel de l'Etat d'établissement, de manière à éviter toute confusion avec le titre professionnel français. Toutefois, dans le cas où les qualifications ont été vérifiées, la prestation de services est réalisée sous le titre professionnel français.

« *Art. L. 4364-7.* – Le professionnel exerçant l'une des professions mentionnées à l'article L. 4364-1, lors de la délivrance de l'autorisation d'exercice ou de la déclaration de prestation de service, doit posséder les connaissances linguistiques nécessaires à l'exercice de la profession et celles relatives aux systèmes de poids et mesures utilisés en France.

« Le contrôle de la maîtrise de la langue doit être proportionné à l'activité à exercer et réalisé une fois la qualification professionnelle reconnue. »

IV. – Au premier alinéa de l'article L. 4363-2, les mots : « de prothésiste ou d'orthésiste pour l'appareillage des personnes handicapées » et au premier alinéa de l'article L. 4363-3 les mots : « de prothésiste ou d'orthésiste » sont remplacés par les mots : « d'orthoprothésiste, de podo-orthésiste, d'oculariste, d'épithésiste ou d'orthopédiste-orthésiste ».

Article 11

Après l'article 52 de la loi du 9 août 2004 susvisée, il est inséré un article 52-1 ainsi rédigé :

« *Art. 52-1.* – I. – L'autorité compétente peut, après avis d'une commission composée notamment de professionnels, autoriser individuellement à user du titre de psychothérapeute les ressortissants d'un Etat membre de l'Union européenne ou d'un autre Etat partie à l'accord sur l'Espace économique européen qui, sans posséder l'un des diplômes mentionnés à l'article 52 sont titulaires :

« 1° De titres de formation délivrés par un ou plusieurs Etats, membres ou parties, et requis par l'autorité compétente de ces Etats, membres ou parties, qui réglementent l'accès à cette profession ou son exercice, et permettant d'exercer légalement ces fonctions dans ces Etats, ou d'y porter le titre ;

« 2° Ou, lorsque les intéressés ont exercé dans un ou plusieurs Etats, membres ou parties, qui ne réglementent ni la formation, ni l'accès à cette profession ou son exercice, de titres de formation délivrés par un ou plusieurs Etats, membres ou parties, attestant de la préparation à l'exercice de la profession, accompagnés d'une attestation justifiant, dans ces Etats, de son exercice à temps plein pendant un an ou à temps partiel pendant une durée totale équivalente au cours des dix dernières années ;

« 3° Ou d'un titre de formation délivré par un Etat tiers et reconnu dans un Etat, membre ou partie, autre que la France, permettant d'y exercer légalement cette activité professionnelle ou d'y porter le titre. L'intéressé justifie

avoir exercé la profession pendant trois ans à temps plein ou à temps partiel pendant une durée totale équivalente dans cet Etat, membre ou partie.

« Dans ces cas, lorsque l'examen des qualifications professionnelles attestées par l'ensemble des titres de formation initiale, de l'expérience professionnelle pertinente et de la formation tout au long de la vie ayant fait l'objet d'une validation par un organisme compétent fait apparaître des différences substantielles au regard des qualifications requises pour faire usage du titre de psychothérapeute en France, l'autorité compétente exige que l'intéressé se soumette à une mesure de compensation.

« Selon le niveau de qualification exigé en France et celui détenu par l'intéressé, l'autorité compétente peut soit proposer au demandeur de choisir entre un stage d'adaptation ou une épreuve d'aptitude, soit imposer un stage d'adaptation ou une épreuve d'aptitude, soit imposer un stage d'adaptation et une épreuve d'aptitude.

La nature des mesures de compensation selon les niveaux de qualification en France et dans les autres Etats, membres ou parties, est fixée par arrêté du ministre chargé de la santé.

« La délivrance de l'autorisation d'usage professionnel du titre de psychothérapeute permet au bénéficiaire de faire usage du titre de psychothérapeute dans les mêmes conditions que les personnes titulaires de l'un des diplômes mentionnés à l'article 52.

« Le psychothérapeute habilité à faire usage de ce titre peut faire usage de son titre de formation dans la langue de l'Etat qui le lui a délivré. Il est tenu de faire figurer le lieu et l'établissement où il a été obtenu.

« Dans le cas où le titre de formation de l'Etat d'origine, membre ou partie, est susceptible d'être confondu avec un titre exigeant en France une formation complémentaire que le professionnel n'a pas suivie, l'autorité compétente peut décider que l'intéressé fera état du titre de formation de l'Etat d'origine, membre ou partie, dans une forme appropriée qu'il lui indique.

« II. – Le psychothérapeute, ressortissant d'un Etat membre de l'Union européenne ou d'un autre Etat partie à l'accord sur l'Espace économique européen, qui est établi et exerce légalement l'activité de psychothérapeute ou en porte légalement le titre dans un Etat, membre ou partie, peut faire usage du titre de psychothérapeute de manière temporaire ou occasionnelle, sans avoir à procéder à l'enregistrement mentionné au deuxième alinéa de l'article 52.

« Lorsque l'exercice ou la formation conduisant à l'activité professionnelle de psychothérapeute n'est pas réglementé dans l'Etat où il est établi, le prestataire de services doit justifier avoir exercé ou avoir porté le titre dans un ou plusieurs Etats, membres ou parties, pendant un an au moins à temps plein ou à temps partiel pendant une durée totale équivalente au cours des dix années précédentes.

« La prestation de services est subordonnée à une déclaration préalable qui est accompagnée de pièces justificatives dont la liste est fixée par arrêté du ministre chargé de la santé. Le prestataire joint une déclaration concernant les connaissances linguistiques nécessaires à la réalisation de la prestation.

« Elle est adressée avant la première prestation de services à l'autorité compétente du ressort choisi par le prestataire.

« Le prestataire de services est soumis aux règles professionnelles applicables en France.

« Les qualifications professionnelles du prestataire sont vérifiées par l'autorité compétente après avis d'une commission composée notamment de professionnels, avant la première prestation de services. En cas de différence substantielle entre les qualifications du prestataire et la formation exigée en France, de nature à nuire à la santé publique, l'autorité compétente soumet le professionnel à une épreuve d'aptitude.

« Le prestataire de services peut faire usage de son titre de formation dans la langue de l'Etat qui le lui a délivré. Il est tenu de faire figurer le lieu et l'établissement où il l'a obtenu.

« Dans le cas où le titre de formation de l'Etat d'origine, membre ou partie, est susceptible d'être confondu avec un titre exigeant en France une formation complémentaire, l'autorité compétente peut décider que l'intéressé fera état du titre de formation de l'Etat d'origine, membre ou partie, dans une forme appropriée qu'il lui indique.

« La prestation de services est réalisée sous le titre professionnel de l'Etat qui le lui a délivré, de manière à éviter toute confusion avec le titre professionnel français. Toutefois, dans le cas où les qualifications ont été vérifiées, la prestation de services est réalisée sous le titre professionnel français.

« III. – Le psychothérapeute, lors de la délivrance de l'autorisation d'usage professionnel du titre ou de la déclaration de prestation de services, doit posséder les connaissances linguistiques nécessaires à l'exercice de l'activité professionnelle.

« En cas de doute sur les connaissances linguistiques nécessaires à l'exercice de l'activité professionnelle, l'autorité compétente vérifie le caractère suffisant de la maîtrise de la langue française par le demandeur.

« Le contrôle de la langue doit être proportionné à l'activité à exercer et réalisé une fois la qualification professionnelle reconnue.

« IV. – Les dispositions de l'article L. 4002-1 du code de la santé publique sont applicables aux psychothérapeutes.

« V. – Les modalités d'application du présent article sont déterminées par décret en Conseil d'Etat. »

Article 12

Après l'article L. 1132-6 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 1132-6-1 ainsi rédigé :

« Art. L. 1132-6-1. – Les dispositions de l'article L. 4002-1 et des articles L. 4002-3 à L. 4002-7 sont applicables au conseiller en génétique. »

CHAPITRE V Disposition diverses

Article 13

Le code de l'éducation est ainsi modifié :

1° Au 2° de l'article L. 632-12, les mots : « , ayant exercé pendant au moins trois ans leur activité professionnelle, » sont supprimés ;

2° Au 1° de l'article L. 633-4, les mots : « ayant exercé pendant trois ans leur activité professionnelle » sont supprimés.

Article 14

Le Premier ministre et la ministre des affaires sociales et de la santé sont responsables, chacun en ce qui le concerne, de l'application de la présente ordonnance, qui sera publiée au *Journal officiel* de la République française.

Fait le 19 janvier 2017.

FRANÇOIS HOLLANDE

Par le Président de la République :

Le Premier ministre,
BERNARD CAZENEUVE

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

TROIS CONDITIONS À L'EXERCICE PARTIEL

L'ordonnance publiée ce 20 janvier insère un nouveau chapitre au Code de la santé publique, intitulé « Dispositions communes relatives à la reconnaissance des qualifications professionnelles ». Dans sa section 3 figurent les modalités d'accès partiel aux professions de santé. Fin 2016, la DGOS avait tenté de rassurer : l'accès partiel pourrait être refusé et le niveau de compétence serait l'objet d'une grande attention pour garantir la sécurité des patients. Le texte prévoit en effet qu'un accès partiel à une activité professionnelle peut désormais être accordé, au cas par cas, lorsque trois conditions sont remplies. D'abord, première condition : l'ordonnance indique que « le professionnel est pleinement qualifié pour exercer, dans l'État d'origine membre de l'Union européenne ou partie à l'accord sur l'Espace économique européen, l'activité professionnelle pour laquelle il sollicite un accès en France ».

Une deuxième condition s'ajoute à la première : l'exercice partiel est accordé si « les différences entre l'activité professionnelle légalement exercée dans l'État d'origine et la profession correspondante en France sont si importantes que l'application de mesures de compensation reviendrait à imposer au demandeur de suivre le programme complet d'enseignement et de formation requis pour avoir pleinement accès à la profession en France ». Troisième condition, qui s'ajoute aux deux précédentes : l'activité pour laquelle l'intéressé sollicite un accès peut « objectivement être séparée d'autres activités relevant de la profession en France ». L'autorité française tient ainsi compte que l'activité dans l'État d'origine peut ou ne peut pas être exercée de manière autonome.

La demande d'accès partiel sera examinée, selon les cas, « comme une demande à fin d'établissement ou de libre prestation de services de la profession concernée ». L'ordre professionnel sera, pour les professions concernées, consulté au préalable pour les demandes à fin d'établissement. L'accès à cet exercice ouvre les mêmes droits et soumet aux mêmes obligations, encourt les mêmes responsabilités civiles, disciplinaires et pénales que les autres professionnels. Les tableaux des ordres devront en outre comporter une liste distincte indiquant les actes pour lesquels ces professionnels sont autorisés à exercer. Enfin, troisième condition : il est impératif pour l'intéressé, souligne le texte, d'informer « clairement » le patient et les autres destinataires de ses services des actes qu'il est habilité à pratiquer dans le cadre de son exercice partiel.

Les autres dispositions du texte

Outre les modalités concernant l'exercice partiel européen, l'ordonnance publiée ce 20 janvier détaille les dispositions relatives à la libre prestation des services ainsi qu'à la liberté d'établissement. Un chapitre est également dédié à la reconnaissance des qualifications professionnelles relatives à certaines professions, notamment celles qui réalisent l'appareillage nécessaire aux personnes handicapées. Enfin, le texte évoque la carte professionnelle européenne applicable aux professions de pharmacien, d'infirmier et de masseur-kinésithérapeute.

Clémence Nayrac
Hospimédia le 22 janvier 2017

DÉCRETS, ARRÊTÉS, CIRCULAIRES

TEXTES GÉNÉRAUX

MINISTÈRE DE LA FONCTION PUBLIQUE

ORDONNANCE NO 2017-53 DU 19 JANVIER 2017 PORTANT DIVERSES DISPOSITIONS RELATIVES AU COMPTE PERSONNEL D'ACTIVITÉ, À LA FORMATION ET À LA SANTÉ ET LA SÉCURITÉ AU TRAVAIL DANS LA FONCTION PUBLIQUE

NOR : RDFF1633117R

Le Président de la République,

Sur le rapport du Premier ministre et de la ministre de la fonction publique,

Vu la Constitution, notamment son article 38 ;

Vu le code du travail ;

Vu le code de la sécurité sociale ;

Vu la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 modifiée portant droits et obligations des fonctionnaires, ensemble la loi n° 84-16 du 11 janvier 1984 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique de l'Etat et la loi n° 84-53 du 26 janvier 1984 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique territoriale ;

Vu la loi n° 84-594 du 12 juillet 1984 modifiée relative à la formation des agents de la fonction publique territoriale et complétant la loi n° 84-53 du 26 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique territoriale ;

Vu la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière ;

Vu la loi n° 2016-1088 du 8 août 2016 relative au travail, à la modernisation du dialogue social et à la sécurisation des parcours professionnels, notamment son article 44 ;

Vu l'avis du Conseil commun de la fonction publique en date du 6 décembre 2016 ;

Vu l'avis du Conseil national d'évaluation des normes en date du 15 décembre 2016 ;

Le Conseil d'Etat entendu ;

Le conseil des ministres entendu,

Ordonne :

TITRE I^{er}

COMPTE PERSONNEL D'ACTIVITÉ ET FORMATION PROFESSIONNELLE TOUT AU LONG DE LA VIE

Article 1^{er}

L'article 22 de la loi du 13 juillet 1983 susvisée est remplacé par les dispositions suivantes :

« Art. 22. – Le droit à la formation professionnelle tout au long de la vie est reconnu aux fonctionnaires.

« Il favorise leur développement professionnel et personnel, facilite leur parcours professionnel, leur mobilité et leur promotion ainsi que l'accès aux différents niveaux de qualification professionnelle existants. Il permet l'adaptation aux évolutions prévisibles des métiers. Il concourt à l'égalité d'accès aux différents grades et emplois, en particulier entre femmes et hommes, et à la progression des personnes les moins qualifiées.

« Les fonctionnaires peuvent être tenus de suivre des actions de formation professionnelle dans les conditions fixées par les statuts particuliers.

« Ils peuvent également bénéficier de périodes de professionnalisation comportant des actions de formation en alternance et leur permettant soit d'exercer de nouvelles fonctions au sein d'un même corps ou cadre d'emplois, soit d'accéder à un autre corps ou cadre d'emplois.

« Tout fonctionnaire peut bénéficier, à sa demande, d'un accompagnement personnalisé destiné à l'aider à élaborer et mettre en œuvre son projet professionnel, notamment dans le cadre du conseil en évolution professionnelle. »

Article 2

Après l'article 22 *bis* de la même loi, il est inséré un article 22 *ter* ainsi rédigé :

« Art. 22 *ter*. – Un compte personnel d'activité est ouvert pour tout fonctionnaire. Il est constitué :

« 1° Du compte personnel de formation ;

« 2° Du compte d'engagement citoyen, dans les conditions prévues par la section 2 du chapitre unique du titre V du livre I^{er} de la cinquième partie du code du travail, à l'exception du 2° de l'article L. 5151-7 et du L. 5151-12.

« Le compte personnel d'activité a pour objectifs, par l'utilisation des droits qui y sont inscrits, de renforcer l'autonomie et la liberté d'action de son titulaire et de faciliter son évolution professionnelle.

« Tout fonctionnaire peut faire valoir auprès de toute personne publique ou privée qui l'emploie les droits qu'il a précédemment acquis, selon les modalités du régime dont il relève au moment de sa demande.

« Les droits inscrits sur le compte personnel d'activité demeurent acquis par leur titulaire jusqu'à leur utilisation ou à la fermeture du compte.

« Chaque titulaire d'un compte personnel d'activité peut consulter les droits inscrits sur celui-ci en accédant au service en ligne gratuit mentionné à l'article L. 5151-6 du code du travail.

« Un décret en Conseil d'Etat détermine les modalités de mise en œuvre du présent article. »

Article 3

Après l'article 22 *ter* de la même loi, il est inséré un article 22 *quater* ainsi rédigé :

« Art. 22 *quater*. – I. – Le compte personnel de formation permet au fonctionnaire d'accéder à une qualification ou de développer ses compétences dans le cadre d'un projet d'évolution professionnelle.

« Le fonctionnaire utilise, à son initiative et sous réserve de l'accord de son administration, les heures qu'il a acquises sur ce compte en vue de suivre des actions de formation.

« Les actions de formation suivies au titre du compte personnel de formation ont lieu, en priorité, pendant le temps de travail.

« Le compte personnel de formation peut être utilisé en combinaison avec le congé de formation professionnelle. Il peut être utilisé en complément des congés pour validation des acquis de l'expérience et pour bilan de compétences. Il peut enfin être utilisé pour préparer des examens et concours administratifs, le cas échéant en combinaison avec le compte épargne-temps.

« II. – La mobilisation du compte personnel de formation fait l'objet d'un accord entre le fonctionnaire et son administration. Toute décision de refus opposée à une demande de mobilisation du compte personnel de formation doit être motivée et peut être contestée à l'initiative de l'agent devant l'instance paritaire compétente.

« L'administration ne peut s'opposer à une demande de formation relevant du socle de connaissances et compétences mentionné à l'article L. 6121-2 du code du travail. Le cas échéant, le bénéfice de cette formation peut être différé dans l'année qui suit la demande.

« Si une demande de mobilisation du compte personnel de formation présentée par un fonctionnaire a été refusée pendant deux années consécutives, le rejet d'une troisième demande portant sur une action de formation de même nature ne peut être prononcé par l'autorité compétente qu'après avis de l'instance paritaire compétente.

« III. – L'alimentation de ce compte s'effectue à la fin de chaque année, à hauteur de vingt-quatre heures maximum par année de travail jusqu'à l'acquisition d'un crédit de cent vingt heures, puis de douze heures maximum par année de travail, dans la limite d'un plafond total de cent cinquante heures.

« Pour le fonctionnaire qui appartient à un corps ou cadre d'emplois de catégorie C, et qui n'a pas atteint un niveau de formation sanctionné par un diplôme ou titre professionnel enregistré et classé au niveau V du répertoire national des certifications professionnelles, l'alimentation du compte se fait à hauteur de quarante-huit heures maximum par an et le plafond est porté à quatre cents heures.

« Le nombre d'heures de travail de référence pour le calcul de l'alimentation du compte personnel de formation est égal à la durée légale annuelle de travail. Cette durée est calculée au prorata du temps travaillé pour les agents nommés sur des emplois à temps non complet.

« IV. – Lorsque le projet d'évolution professionnelle vise à prévenir une situation d'inaptitude à l'exercice de ses fonctions, le fonctionnaire peut bénéficier d'un crédit d'heures supplémentaires, dans la limite de cent cinquante heures, en complément des droits acquis, sans préjudice des plafonds mentionnés au III.

« V. – Les droits acquis préalablement au recrutement dans la fonction publique au titre du compte personnel de formation ouvert selon les conditions prévues à l'article L. 6323-1 du code du travail sont conservés et utilisés dans les conditions définies au présent article.

« VI. – Sans préjudice des actions de mutualisation pouvant être engagées entre employeurs publics, l'employeur prend en charge les frais de formation.

« L'employeur public qui assure la charge de l'allocation d'assurance prévue à l'article L. 5424-1 du code du travail prend en charge les frais de formation au titre du compte personnel de formation des agents involontairement privés d'emploi dans des conditions prévues par décret en Conseil d'Etat.

« VII. – Un décret en Conseil d'Etat fixe les modalités d'application du présent article, notamment les modalités d'utilisation du compte épargne-temps en combinaison avec le compte personnel de formation. »

Article 4

Au II de l'article 32 de la loi du 13 juillet 1983 susvisée, après les mots : « sont applicables aux agents contractuels le chapitre II, » sont ajoutés les mots : « l'article 22, l'article 22 *ter*, l'article 22 *quater* ».

Article 5

Toute personne ayant perdu la qualité d'agent public peut utiliser les droits précédemment acquis en cette qualité au titre du compte personnel de formation auprès de tout nouvel employeur selon les modalités du régime dont il relève au moment de la demande d'utilisation du compte personnel de formation.

Article 6

La loi du 12 juillet 1984 susvisée est ainsi modifiée :

1° Après le 5° de l'article 1^{er}, il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« 6° Les formations destinées à mettre en œuvre un projet d'évolution professionnelle, mentionnées à l'article 22 *quater* de la loi du 13 juillet 1983 précitée. » ;

2° A la première phrase du deuxième alinéa de l'article 2, les mots : « droit individuel à la formation » sont remplacés par les mots : « compte personnel de formation » ;

3° L'article 2-1 est remplacé par les dispositions suivantes :

« Art. 2-1. – L'utilisation du compte personnel de formation fait l'objet d'un accord entre le fonctionnaire et son administration. Toute décision de refus opposée à une demande d'utilisation du compte personnel de formation peut être contestée à l'initiative de l'agent devant l'instance paritaire compétente.

« L'administration ne peut s'opposer à une demande de formation relevant du socle de connaissances et compétences mentionné à l'article L. 6121-2 du code du travail. Le cas échéant, le bénéfice de cette formation peut être différé dans l'année qui suit la demande.

« Si une demande de mobilisation du compte personnel de formation présentée par un fonctionnaire a été refusée pendant deux années consécutives, le rejet d'une troisième demande portant sur une action de formation de même nature ne peut être prononcé par l'autorité compétente qu'après avis de l'instance paritaire compétente.

« L'alimentation du compte s'effectue à la fin de chaque année, à hauteur de vingt-quatre heures maximum par année de travail jusqu'à l'acquisition d'un crédit de cent vingt heures, puis de douze heures maximum par année de travail, dans la limite d'un plafond total de cent cinquante heures.

« Pour le fonctionnaire qui appartient à un corps ou cadre d'emplois de catégorie C, et qui n'a pas atteint un niveau de formation sanctionné par un diplôme ou titre professionnel enregistré et classé au niveau V du répertoire national des certifications professionnelles, l'alimentation du compte se fait à hauteur de quarante-huit heures maximum par an et le plafond est porté à quatre cents heures.

« Le nombre d'heures de travail de référence pour le calcul de l'alimentation du compte personnel de formation est égal à la durée légale annuelle de travail. Cette durée est calculée au prorata du temps travaillé pour les agents nommés sur des emplois à temps non complet.

« Lorsque le projet d'évolution professionnelle vise à prévenir une situation d'inaptitude à l'exercice de ses fonctions, le fonctionnaire peut bénéficier d'un crédit d'heures supplémentaires, dans la limite de cent cinquante heures, en complément des droits acquis, sans préjudice des plafonds mentionnés aux quatrième et cinquième alinéas. » ;

4° Après l'article 2-2, il est inséré un article 2-3 ainsi rédigé :

« Art. 2-3. – L'agent peut bénéficier, à sa demande, d'un accompagnement personnalisé destiné à l'aider à élaborer et mettre en œuvre son projet professionnel.

« Cet accompagnement est assuré par l'autorité territoriale ou par le centre de gestion. » ;

5° L'article 4 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, les mots : « 1°, 2° et 3° » sont remplacés par les mots : « 1°, 2°, 3° et 6° » ;

b) Au second alinéa, après le mot : « 2° » sont ajoutés les mots : « ou au 6° » ;

6° A l'article 6, les mots : « non titulaires » sont remplacés par le mot : « contractuels » ;

7° A l'article 6 *bis*, les mots : « non titulaires » sont remplacés par le mot : « contractuels » et les mots : « 2°, 3° et 4° » sont remplacés par les mots : « 2°, 3°, 4° et 6° » ;

8° A l'avant-dernier alinéa de l'article 11, les mots : « droit individuel à la formation professionnelle prévu à l'article 2-1 » sont remplacés par les mots : « compte personnel de formation ».

Article 7

Le II de l'article 23 de la loi du 26 janvier 1984 susvisée est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« 18° L'accompagnement personnalisé pour l'élaboration du projet professionnel des agents prévu à l'article 2-3 de la loi n° 84-594 du 12 juillet 1984 relative à la formation des agents de la fonction publique territoriale et complétant la loi n° 84-53 du 26 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique territoriale. »

TITRE II

DISPOSITIONS RELATIVES AU TEMPS PARTIEL THÉRAPEUTIQUE, À LA PÉRIODE DE PRÉPARATION AU RECLASSEMENT ET AU RÉGIME DE PRISE EN CHARGE DES INCAPACITÉS TEMPORAIRES RECONNUES IMPUTABLES AU SERVICE

Article 8

I. – L'article 34 *bis* de la loi du 11 janvier 1984 susvisée est modifié ainsi qu'il suit :

1° Le premier alinéa est remplacé par un alinéa ainsi rédigé :

« Après un congé de maladie, un congé de longue maladie ou un congé de longue durée, les fonctionnaires peuvent être autorisés à accomplir un service à temps partiel pour raison thérapeutique, accordé pour une période de trois mois renouvelable dans la limite d'un an pour une même affection. » ;

2° Au deuxième alinéa, les mots : « , après avis favorable de la commission de réforme compétente, » sont supprimés ;

3° Après le deuxième alinéa, est inséré l'alinéa suivant :

« La demande d'autorisation de travailler à temps partiel pour raison thérapeutique est présentée par le fonctionnaire accompagnée d'un certificat médical favorable établi par son médecin traitant. Elle est accordée après avis concordant du médecin agréé par l'administration. Lorsque les avis du médecin traitant et du médecin agréé ne sont pas concordants, le comité médical compétent ou la commission de réforme compétente est saisi. »

II. – Le 4° *bis* de l'article 57 de la loi du 26 janvier 1984 susvisée est modifié ainsi qu'il suit :

1° Le premier alinéa est remplacé par un alinéa ainsi rédigé :

« Après un congé de maladie, un congé de longue maladie ou un congé de longue durée, les fonctionnaires peuvent être autorisés à accomplir un service à temps partiel pour raison thérapeutique, accordé pour une période de trois mois renouvelable dans la limite d'un an pour une même affection. » ;

2° Au deuxième alinéa, les mots : « , après avis favorable de la commission de réforme compétente, » sont supprimés ;

3° Après le deuxième alinéa, est inséré l'alinéa suivant :

« La demande d'autorisation de travailler à temps partiel pour raison thérapeutique est présentée par le fonctionnaire accompagnée d'un certificat médical établi par son médecin traitant. Elle est accordée après avis favorable concordant du médecin agréé par l'administration. Lorsque les avis du médecin traitant et du médecin agréé ne sont pas concordants, le comité médical compétent ou la commission de réforme compétente est saisi. »

III. – L'article 41-1 de la loi du 9 janvier 1986 susvisée est modifié ainsi qu'il suit :

1° Le premier alinéa est remplacé par un alinéa ainsi rédigé :

« Après un congé de maladie, un congé de longue maladie ou un congé de longue durée, les fonctionnaires peuvent être autorisés à accomplir un service à temps partiel pour raison thérapeutique, accordé pour une période de trois mois renouvelable dans la limite d'un an pour une même affection. » ;

2° Au deuxième alinéa, les mots : « , après avis favorable de la commission de réforme compétente, » sont supprimés ;

3° Après le deuxième alinéa, est inséré l'alinéa suivant :

« La demande d'autorisation de travailler à temps partiel pour raison thérapeutique est présentée par le fonctionnaire accompagnée d'un certificat médical établi par son médecin traitant. Elle est accordée après avis favorable concordant du médecin agréé par l'administration. Lorsque les avis du médecin traitant et du médecin agréé ne sont pas concordants, le comité médical compétent ou la commission de réforme compétente est saisi. »

Article 9

I. – L'article 63 de la loi du 11 janvier 1984 susvisée est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Le fonctionnaire reconnu inapte à l'exercice de ses fonctions a droit, selon des modalités définies par décret en Conseil d'Etat, à une période de préparation au reclassement avec traitement d'une durée maximale d'un an. Cette période est assimilée à une période de service effectif. »

II. – Après l'article 85 de la loi du 26 janvier 1984 susvisée, est inséré un article 85-1 ainsi rédigé :

« Art. 85-1. – Le fonctionnaire reconnu inapte à l'exercice de ses fonctions a droit à une période de préparation au reclassement avec traitement d'une durée maximale d'un an. Cette période est assimilée à une période de service effectif. »

III. – Après l'article 75 de la loi du 9 janvier 1986 susvisée, est inséré un article 75-1 ainsi rédigé :

« Art. 75-1. – Le fonctionnaire reconnu inapte à l'exercice de ses fonctions a droit à une période de préparation au reclassement avec traitement d'une durée maximale d'un an. Cette période est assimilée à une période de service effectif. »

Article 10

I. – Après l'article 21 de la loi du 13 juillet 1983 susvisée, il est inséré un article 21 *bis* ainsi rédigé :

« Art. 21 bis. – I. – Le fonctionnaire en activité a droit à un congé pour invalidité temporaire imputable au service lorsque son incapacité temporaire de travail est consécutive à un accident reconnu imputable au service, à un accident de trajet ou à une maladie contractée en service définis aux II, III et IV du présent article. Ces définitions ne sont pas applicables au régime de réparation de l'incapacité permanente du fonctionnaire.

« Le fonctionnaire conserve l'intégralité de son traitement jusqu'à ce qu'il soit en état de reprendre son service ou jusqu'à la mise à la retraite. Il a droit, en outre, au remboursement des honoraires médicaux et des frais directement entraînés par la maladie ou l'accident. La durée du congé est assimilée à une période de service effectif. L'autorité administrative peut, à tout moment, vérifier si l'état de santé du fonctionnaire nécessite son maintien en congé pour invalidité temporaire imputable au service.

« II. – Est présumé imputable au service tout accident survenu à un fonctionnaire, quelle qu'en soit la cause, dans le temps et le lieu du service, dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice par le fonctionnaire de ses fonctions ou d'une activité qui en constitue le prolongement normal, en l'absence de faute personnelle ou de toute autre circonstance particulière détachant l'accident du service.

« III. – Est reconnu imputable au service, lorsque le fonctionnaire ou ses ayants droit en apportent la preuve ou lorsque l'enquête permet à l'autorité administrative de disposer des éléments suffisants, l'accident de trajet dont est victime le fonctionnaire qui se produit sur le parcours habituel entre le lieu où s'accomplit son service et sa résidence ou son lieu de restauration et pendant la durée normale pour l'effectuer, sauf si un fait personnel du fonctionnaire ou toute autre circonstance particulière étrangère notamment aux nécessités de la vie courante est de nature à détacher l'accident du service.

« IV. – Est présumée imputable au service toute maladie désignée par les tableaux de maladies professionnelles mentionnés aux articles L. 461-1 et suivants du code de la sécurité sociale et contractée dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice par le fonctionnaire de ses fonctions dans les conditions mentionnées à ce tableau.

« Si une ou plusieurs conditions tenant au délai de prise en charge, à la durée d'exposition ou à la liste limitative des travaux ne sont pas remplies, la maladie telle qu'elle est désignée par un tableau peut être reconnue imputable au service lorsque le fonctionnaire ou ses ayants droit établissent qu'elle est directement causée par l'exercice des fonctions.

« Peut également être reconnue imputable au service une maladie non désignée dans les tableaux de maladies professionnelles mentionnés aux articles L. 461-1 et suivants du code de la sécurité sociale lorsque le fonctionnaire ou ses ayants droit établissent qu'elle est essentiellement et directement causée par l'exercice des fonctions et qu'elle entraîne une incapacité permanente à un taux déterminé et évalué dans les conditions prévues par décret en Conseil d'Etat.

« V. – L'employeur public est subrogé dans les droits éventuels du fonctionnaire victime d'un accident provoqué par un tiers jusqu'à concurrence du montant des charges qu'il a supportées ou supporte du fait de cet accident. Il est admis à poursuivre directement contre le responsable du dommage ou son assureur le remboursement des charges patronales afférentes aux rémunérations maintenues ou versées audit fonctionnaire pendant la période d'indisponibilité de celui-ci par dérogation aux dispositions de l'article 2 de l'ordonnance n° 59-76 du 7 janvier 1959 relative aux actions en réparation civile de l'Etat et de certaines autres personnes publiques.

« VI. – Un décret en Conseil d'Etat fixe les modalités du congé pour invalidité temporaire imputable au service mentionné au premier alinéa et détermine ses effets sur la situation administrative des fonctionnaires. Il fixe également les obligations auxquelles les fonctionnaires demandant le bénéfice de ce congé sont tenus de se soumettre en vue, d'une part, de l'octroi ou du maintien du congé et, d'autre part, du rétablissement de leur santé, sous peine de voir réduire ou supprimer le traitement qui leur avait été conservé.

« VII. – Les employeurs publics fournissent les données nécessaires à la connaissance des accidents de service et des maladies professionnelles. Un arrêté du ministre chargé de la fonction publique fixe les modalités pratiques de la collecte et du traitement de ces données. »

II. – A l'article 34 de la loi du 11 janvier 1984 susvisée :

a) Au deuxième alinéa du 2°, les mots : « ou d'un accident survenu dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de ses fonctions » sont remplacés par les mots : « , à l'exception des blessures ou des maladies contractées ou aggravées en service » ;

b) Le deuxième alinéa du 4° est supprimé.

III. – A l'article 57 de la loi du 26 janvier 1984 susvisée :

a) Au deuxième alinéa du 2°, les mots : « ou d'un accident survenu dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de ses fonctions » sont remplacés par les mots : « , à l'exception des blessures ou des maladies contractées ou aggravées en service » ;

b) Au 4°, le deuxième alinéa est supprimé ;

c) Au cinquième alinéa du 4°, les mots : « de la deuxième phrase du quatrième » sont remplacés par les mots : « du quatrième ».

IV. – A l'article 41 de la loi du 9 janvier 1986 susvisée :

a) Au deuxième alinéa du 2°, les mots : « ou d'un accident survenu dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de ses fonctions » sont remplacés par les mots : « , à l'exception des blessures ou des maladies contractées ou aggravées en service » ;

b) Au 4°, le deuxième alinéa est supprimé ;

c) Après le quatrième alinéa du 4°, est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Les dispositions du quatrième alinéa du 2° du présent article sont applicables au congé de longue durée. »

TITRE III

DISPOSITIONS TRANSITOIRES ET FINALES

Article 11

A la date d'entrée en vigueur de la présente ordonnance, les agents publics employés par les administrations mentionnées à l'article 2 de la loi du 13 juillet 1983 susvisée conservent les heures acquises au 31 décembre 2016 au titre du droit individuel à la formation et peuvent les utiliser pour bénéficier de formations, dans les conditions prévues à l'article 3.

Pour le calcul des droits ouverts au titre du compte personnel de formation pour l'année 2017, sont prises en compte les heures travaillées à compter du 1^{er} janvier de cette même année.

Le compte d'engagement citoyen reprend les droits ouverts au 1^{er} janvier 2017 en application du 1° de l'article L. 5151-7 du code du travail.

Article 12

Les dispositions relatives au système en ligne gratuit mentionné à l'article 2 entrent en vigueur à une date fixée par décret et au plus tard le 1^{er} janvier 2020.

Article 13

Le Premier ministre et la ministre de la fonction publique sont responsables, chacun en ce qui le concerne, de l'application de la présente ordonnance, qui sera publiée au *Journal officiel* de la République française.

Fait le 19 janvier 2017.

FRANÇOIS HOLLANDE

Par le Président de la République :

Le Premier ministre,
BERNARD CAZENEUVE

La ministre de la fonction publique,
ANNICK GIRARDIN

RÉCAPITULATIF DES NOUVELLES RÈGLES DE DÉCLARATION DES ÉVÉNEMENTS SANITAIRES INDÉSIRABLES

Le problème

Le secteur de la santé aspire à tendre vers le risque zéro et se donne les moyens d'y parvenir en tirant des enseignements de ses erreurs. Aussi, usagers et professionnels de santé sont invités à déclarer les événements sanitaires indésirables, notamment ceux aux conséquences graves, selon une réglementation rénovée.

La solution

Selon l'article L1413-14 du Code de la santé publique créé par la loi du 4 mars 2002 sur les droits des patients et modifié par la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, « *tout professionnel de santé, établissement de santé ou établissement et service médico-social ayant constaté une infection associée aux soins, dont une infection nosocomiale, soit tout autre événement indésirable grave associé à des soins, dans le cadre de soins réalisés lors d'investigations, de traitements, d'actes médicaux y compris à visée esthétique ou d'actions de prévention en fait la déclaration au directeur général de l'ARS* ».

Des vigilances réglementées

Les professionnels de santé sont en première ligne pour identifier, recueillir et prévenir les événements sanitaires indésirables. Leurs signalements concourent à une meilleure connaissance sur les risques liés à l'utilisation des produits ou aux actes de soins dans la vie réelle. Ils participent aussi d'une meilleure sécurité des patients et des usagers par la mise en place de mesures préventives et/ou correctives. Aussi, l'obligation de signaler certains événements s'inscrit-elle comme une mission de santé publique. Mais elle varie selon les produits ou les pratiques. Aux médicaments la pharmacovigilance, aux dispositifs médicaux la matériovigilance, aux denrées alimentaires destinées à des fins médicales spéciales la nutrivigilance, aux produits d'entretien, de bricolage, jardinage et substances potentiellement toxiques la toxicovigilance...

En complément, les patients, associations de patients, consommateurs ou usagers peuvent aussi participer, concourant ainsi à cette amélioration de la qualité et la sécurité des produits de santé, des produits de la vie courante et des actes de soins. Le signalement des événements indésirables est en effet un acte citoyen.

Une définition de l'événement sanitaire indésirable

L'événement sanitaire indésirable est défini comme un événement non souhaité ou un effet inhabituel qui peut affecter la santé d'une personne. Il peut être lié à la manipulation, à la consommation d'un produit ou d'une substance (médicament, produit cosmétique, produit alimentaire, produit d'entretien, de bricolage...) voire à ses conditions d'utilisation. Le produit aura pu être acheté en pharmacie, dans le commerce ou sur

Internet. Et l'événement indésirable peut être déjà connu et inscrit dans la notice ou le mode d'emploi. L'événement peut aussi concerner un acte de soin à but diagnostic, thérapeutique ou préventif ou bien encore les actes médicaux à visée esthétique. Les infections associées aux soins en font partie. Les actes de soins sont effectués par un professionnel de santé à domicile, à l'hôpital, en cabinet de ville ou en structure médico-sociale.

Le cas de l'événement indésirable grave

L'événement indésirable grave associé aux soins (EIGS) dispose de son propre décret daté du 25 novembre 2016. Réalisé lors d'investigations, de traitements, d'actes médicaux à visée esthétique ou d'actions de prévention, il est défini comme « *un événement inattendu au regard de l'état de santé et de la pathologie de la personne et dont les conséquences sont le décès, la mise en jeu du pronostic vital, la survenue probable d'un déficit fonctionnel permanent y compris une anomalie ou une malformation congénitale* ».

Sa déclaration s'effectue en deux temps : une partie sans délai (descriptive de l'événement avec les premières mesures prises) et une autre partie dans les trois mois au plus tard (détaillée sur la gestion de l'événement) par le représentant légal de l'établissement de santé ou médico-social voire le professionnel de santé déclarant.

Les infections associées aux soins

Les infections associées aux soins disposent, elles aussi, de leur propre réglementation avec le décret du 3 février 2017 et l'arrêté du 7 mars 2017. La déclaration de ces infections s'effectue quant à elle de manière dématérialisée soit *via* le portail de signalement des événements sanitaires soit *via* le système dédié de l'Agence nationale de santé publique. Cinq éléments composent cette déclaration : les données sur le déclarant, les critères de signalement, le descriptif de l'épisode, les investigations réalisées et les mesures prises à la date du signalement.

Les ARS au cœur du système

Pour mieux s'orienter dans les méandres de ces vigilances et faciliter à la fois la déclaration en ligne et leur traitement, le ministère des Affaires sociales et de la Santé a créé un portail dédié (décret de création du 24 août 2016). Ouvert ce 13 mars, il guide qui le particulier qui le professionnel de santé dans sa démarche en quelques étapes. Et lorsqu'une déclaration est effectuée au moyen de ce site Internet, le déclarant est réputé avoir satisfait à ses obligations de déclaration.

L'ARS occupe une place de choix dans l'organisation stratégique de la veille et de la sécurité sanitaire en région. Trois niveaux sont identifiés : l'organisation du recueil et du traitement de certains signalements par l'ARS, la mise en place par l'ARS d'une réunion régionale de sécurité sanitaire et la mise en place et l'animation par l'ARS du réseau régional de vigilances et d'appui (Rreva). En lien avec le Rreva, l'ARS organise donc, outre le recueil et le traitement des déclarations d'infections associées aux soins et d'événements indésirables graves liés aux soins, celui des données relatives aux maladies notifiées ou signalées selon les conditions prévues aux articles R3113-2 et R3113-4 du Code de la santé publique et des signalements de menaces imminentes pour la santé de la population ou de situations dans lesquelles une présomption sérieuse de menace sanitaire grave paraît constituée.

Les références officielles :

- Dossier du ministère des Affaires sociales et de la Santé consacré au signalement ;
- Portail de signalement des événements sanitaires indésirables ;
- Ordonnance du 19 janvier 2017 portant harmonisation des dispositions législatives relatives aux vigilances sanitaires ;
- Décret du 24 août 2016 portant création du portail de signalement, l'arrêté du 20 février 2017 relatif aux critères de transmission à l'ARS des signalements recueillis par les membres du réseau régional de vigilances et d'appui et l'arrêté du 27 février 2017 fixant la liste des catégories d'événements sanitaires indésirables pour lesquels la déclaration ou le signalement peut s'effectuer au moyen du portail ;
- Décret du 25 novembre 2016 relatif à la déclaration des événements indésirables graves associés à des soins ;
- décret du 1er décembre 2016 relatif à l'organisation territoriale de la veille et de la sécurité sanitaire ;
- Décret du 21 décembre 2016 relatif à l'obligation de signalement des structures sociales et médico-sociales et son arrêté du 28 décembre 2016 relatif à l'obligation de signalement des structures sociales et médico-sociales ;
- Décret du 3 février 2017 relatif à la prévention des infections associées aux soins et son arrêté du 7 mars 2017 relatif aux déclarations des infections associées aux soins.

Pia Hémerly

Publié le 22/03/17 - HOSPIMEDIA

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



Ce service comprend :

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

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

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

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



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

N° Vert 0 800 00 69 62

Appel gratuit depuis un poste fixe
Tous les appels sont traités avec confidentialité

Si besoin : une orientation secondaire personnalisée

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

Service accessible

7 jours / 7

24h / 24

Qui peut appeler ?

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

Psya est certifié AFNOR ISO 9001 pour son « Centre d'Écoute Psychologique »

Accessible par téléphone 24h/24 et 7j/7

un service d'écoute, de soutien et d'orientation est mis gratuitement à votre disposition par le Collège Français des Anesthésistes Réanimateurs

www.cfar.org

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

1. Psychologue (ou psychologue) inscrit au tableau de l'Ordre des psychologues de la profession.

SFAR
Société Française d'Anesthésie et de Réanimation

SNPHARE
Société Nationale des Anesthésistes Réanimateurs

SMARNU
Société Méditerranéenne d'Anesthésie et de Réanimation

SNIA
Syndicat National des Anesthésistes Réanimateurs

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

COMMENT ÉVITER UNE CURARISATION PROLONGÉE ?

B. DEBAENE, A. CHARRE

De multiples études cliniques, depuis maintenant plus de trente ans, ont bien montré qu'une paralysie prolongée au décours de l'anesthésie était fréquente et pouvait être responsable d'effets secondaires préjudiciables pour le patient. Bien que le diagnostic et le traitement de cette paralysie prolongée soient rendus possibles par conjointement le monitoring péri-opératoire et la réversion de la curarisation, l'adhésion des professionnels de l'anesthésie, particulièrement en France, est faible. En effet, lors de cette enquête, 50 % des médecins anesthésistes interrogés n'utilisaient jamais de stimulateur de nerfs et seulement 32 % déclaraient administrer systématiquement ou fréquemment des agents anticholinestérasiques au décours de l'utilisation de curares non dépolarisants [1]. Ainsi il semble évident qu'une curarisation prolongée soit encore plus fréquente dans la pratique quotidienne par rapport aux études cliniques où le monitoring et la réversion de bloc résiduel sont standardisés. Il devient donc essentiel de changer ces attitudes afin d'améliorer significativement la sécurité de notre prise en charge. Faire disparaître la paralysie prolongée passe d'une part par une réflexion de la conduite de l'anesthésie et d'autre part par la gestion correcte de la curarisation peropératoire.

I. Conduite de l'anesthésie

Dès lors qu'une curarisation est nécessaire pour faciliter l'acte opératoire, deux éléments conduisant à une prolongation de l'effet des curares doivent être connus et correctement gérés. Il s'agit de l'hypothermie per-opératoire et de l'interaction entre les agents anesthésiques halogénés et les curares non dépolarisants.

S'il n'est pas question ici de revenir sur toutes les conséquences délétères de l'hypothermie, il faut attirer l'attention des professionnels de l'anesthésie sur ses effets sur la pharmacologie des curares non dépolarisants. En effet, il a été démontré que l'hypothermie, même modérée, prolonge de manière significative la durée de la curarisation. Par exemple, la durée de la curarisation provoquée par l'administration d'une dose de 0,1 mg/kg de vécuronium est multipliée par 2 en cas d'hypothermie [2]. De plus, l'hypothermie entrave l'action de la néostigmine rendant ainsi la réversion de la curarisation incertaine dans les délais habituels (moins de 30 minutes) [2]. La prévention de l'hypothermie peropératoire est donc essentielle pour ne pas prolonger la curarisation et maintenir l'efficacité des agents anticholinestérasiques.

L'entretien de l'anesthésie est, en France, le plus souvent réalisé par les agents halogénés (sévoflurane, desflurane et plus rarement isoflurane). Tous ces agents interagissent avec les curares non dépolarisants. Ces interactions sont doubles : d'une part la puissance des curares est augmentée par la présence d'agents halogénés se traduisant par une diminution de la dose nécessaire pour maintenir un degré de bloc stable ; et d'autre part la durée d'action de ces curares est augmentée se traduisant par une diminution de

la vitesse de décurarisation spontanée. Cependant, pour que cette interaction soit significative, la présence d'agents halogénés dans le compartiment musculaire est nécessaire. La vitesse avec laquelle le compartiment musculaire se sature en agents halogénés dépend directement de la solubilité dans le sang de ces agents. Moins l'agent est soluble dans le sang, plus rapide sera la saturation du compartiment musculaire. Les agents halogénés peuvent être classés en fonction de leur solubilité : le desflurane, le sévoflurane et l'isoflurane par ordre croissant. Ainsi, l'interaction survient en moins de 45 minutes au cours d'une anesthésie au desflurane, alors qu'il faut 75 minutes pour que celle-ci soit cliniquement significative avec l'isoflurane. Ces délais doivent être pris en compte lors de la conduite de l'anesthésie et l'importance clinique de l'interaction est facile à mettre en évidence grâce au monitoring de la curarisation.

Afin de réduire le risque de survenue d'une paralysie prolongée, l'anesthésie intraveineuse totale est, tout du moins d'un point de vue théorique, préférable à l'anesthésie inhalatoire, car il n'existe aucune interaction entre le propofol et les curares non dépolarisants. Cependant aucune étude n'a comparé l'incidence de la paralysie prolongée lorsque l'anesthésie est entretenue par un agent intraveineux ou un agent halogéné.

II. Conduite de la curarisation

Pour éviter le risque d'une paralysie résiduelle, la première question à poser est : « a-t-on réellement besoin d'un curare pour l'acte chirurgical prévu ? ». Il n'est pas utile d'administrer un curare si l'acte chirurgical ne le nécessite pas et si les voies aériennes sont sécurisées par un dispositif supraglottique. En revanche, si une intubation est décidée, et même si le débat pour ou contre la curarisation dans le but de faciliter l'intubation n'est pas clos, un certain nombre d'études montre que la curarisation améliore les conditions d'intubation et réduit la morbidité laryngée. Dans ce cadre, si l'acte chirurgical est très court, la succinylcholine pourrait être une alternative aux curares non dépolarisants dont la durée d'action est beaucoup trop longue. Mais cette pratique, même si elle figure dans le RCP du Vidal, expose le patient aux effets secondaires nombreux et parfois graves de cette molécule. Ainsi, les curares non dépolarisants sont souvent utilisés pour faciliter l'intubation malgré leur durée d'action prolongée. Pour réduire cet inconvénient, certains ont proposé de réduire la dose de curare non dépolarisant au-dessous de deux fois la dose active 95. Cette attitude, si elle est justifiée sur un plan théorique, expose à de mauvaises conditions d'intubation et ne doit donc pas être recommandée. En revanche, lorsqu'une dose d'intubation (2 fois la dose active 95) d'un curare non dépolarisant de durée d'action intermédiaire (rocuronium, vécuronium ou atracurium) est administrée, les cliniciens doivent être prévenus qu'une durée supérieure à 2 heures après l'injection du curare ne garantit en rien l'absence d'un bloc résiduel [3].

II.1 Choix du curare

Lorsque la chirurgie nécessite une curarisation, le choix de la molécule est dicté par la durée prévisible de l'acte et également par les antécédents du patient. Quelle que soit la durée de l'acte opératoire, les curares de longue durée d'action tels que le pancuronium n'ont plus de place dans notre pratique quotidienne car le risque de curarisation prolongée est particulièrement élevé avec ce type de molécules. Dans le cas d'acte court, le mivacurium aurait une place. Comme il est métabolisé par les pseudocholinestérases, toute réduction, même partielle, de l'activité enzymatique prolonge la durée de la curarisation. De plus, le bloc induit par le mivacurium est difficilement antagonisable par les anticholinestésiques. Toutes ces raisons font que cette molécule est peu utilisée aujourd'hui.

En résumé, quelle que soit la durée de l'acte opératoire, peuvent être utilisés tous les curares non dépolarisants de durée d'action intermédiaire. Deux classes pharmacologiques se partagent le marché : les curares stéroïdiens (vécuronium et rocuronium) et les benzylisoquinolines (atracurium et cisatracurium). Comme les curares stéroïdiens sont éliminés par le foie et le rein, les benzylisoquinolines doivent être préférés chez les patients présentant une insuffisance rénale ou hépatique.

L'entretien de la curarisation au cours de l'intervention chirurgicale peut être réalisé au moyen de bolus itératifs ou d'une perfusion continue de curare. Il est actuellement clairement démontré que la perfusion continue provoque plus de prolongation de la curarisation que l'administration de bolus [4]. Cette dernière technique doit donc être privilégiée.

II.2 Monitoring et réversion de la curarisation

La détection et le traitement de la paralysie prolongée reposent sur le monitoring de la curarisation et la réversion du bloc neuromusculaire à la fin de l'acte chirurgical.

En pratique clinique, après l'administration de curares non dépolarisants, deux options sont possibles : soit laisser la curarisation se lever spontanément, soit accélérer la décurarisation grâce aux agents anticholinestésiques (la néostigmine seule représentante de cette classe disponible en France) ou à la gamma-cyclodextrine (sugammadex).

II.3 Décurarisation spontanée

Si cette option est choisie, il faut confirmer l'absence de bloc résiduel avant l'extubation grâce au monitoring de la curarisation. La mesure du train de quatre par accéléromyographie doit être supérieure ou égale à 90 %. Aucun test clinique (*head lift test*) ou instrumental (*double burst stimulation*, ou estimation visuelle ou tactique du train de quatre) ne permet de confirmer un tel degré de décurarisation. Il faut rappeler ici encore une fois que le temps n'est pas une garantie suffisante pour affirmer l'absence de bloc résiduel, car il peut persister même 4 heures après l'injection d'une dose d'intubation [3].

II.4 Réversion de la curarisation

Lorsque la chirurgie est terminée, le monitoring de la curarisation permet de déterminer à partir de quel moment la réversion du bloc neuromusculaire peut être faite dans des conditions optimales de sécurité. Par conditions optimales, on entend la levée du bloc neuromusculaire définie par une valeur mesurée du rapport du train de quatre supérieure à 90 %, dans des délais raisonnables (moins de 30 minutes).

Deux médicaments sont capables de réverser la curarisation : la néostigmine ou le sugammadex. Quel que soit l'agent choisi, le monitoring de la curarisation reste le même, c'est-à-dire la stimulation du nerf ulnaire et l'estimation visuelle ou tactile du nombre de contractions de l'adducteur du pouce.

II.4.1 Comment réverser la curarisation avec un agent anticholinestésique ?

La néostigmine est un inhibiteur réversible de l'acétylcholinestérase, enzyme présente dans la fente synaptique mais également dans l'ensemble du système nerveux parasymphatique ayant pour but de dégrader l'acétylcholine. Ainsi la néostigmine va entraîner une augmentation de la concentration de l'acétylcholine dans la fente synaptique et également dans toutes les synapses du système nerveux parasymphatique. Les curares non dépolarisants étant des antagonistes compétitifs de l'acétylcholine pour les récepteurs post-synaptiques, un excès d'acétylcholine (la molécule agoniste) dans la fente synaptique pourra, selon la loi d'action de masse, libérer ces récepteurs des curares non dépolarisants (l'antagoniste) qui y sont fixés, à la condition que le rapport des concentrations entre l'agoniste et l'antagoniste soit en faveur de l'agoniste. Cette loi d'action de masse suppose donc que la concentration du curare non dépolarisant soit faible et que la concentration de l'agoniste puisse augmenter suffisamment. Les conséquences cliniques de ce mécanisme sont doubles : d'une part le délai d'action de la néostigmine est d'autant plus lent (entre 5 à plus de 20 minutes) que le degré du bloc au moment de l'antagonisation est important, et d'autre part elle est inefficace pour antagoniser un bloc profond car la concentration du curare non dépolarisant est encore trop importante par rapport à celle de l'acétylcholine. Une autre conséquence clinique du mode d'action de la néostigmine est une augmentation du tonus parasymphatique responsable d'une bradycardie sévère, voire d'une asystolie, d'une augmentation du tonus bronchique à l'origine d'un bronchospasme potentiel. C'est la raison pour laquelle l'administration de la néostigmine doit être obligatoirement associée à un agent parasympholytique comme l'atropine, elle-même source d'effets secondaires bien connus.

En pratique la néostigmine doit être administrée à une dose comprise entre 40 et 70 g/kg associée à l'atropine (10-15 g/kg) lorsque le bloc neuromusculaire a spontanément atteint un certain degré de récupération : 4 contractions musculaires de l'adducteur du pouce en réponse à une stimulation en train de quatre appliquée sur le nerf ulnaire après administration d'un curare non dépolarisant de durée d'action intermédiaire (*Fig. 1*) [5]. Malgré ces recommandations, l'efficacité de la néostigmine peut être mise à défaut. En effet, 20 minutes après l'administration de 70 g/kg de néostigmine après l'obtention de 1, 2, 3 ou 4 contractions de l'adducteur du pouce après l'injection d'atracurium, le pourcentage de patients ayant un train de quatre supérieur à 90 % n'atteignait que 35, 43, 50 et 73 % respectivement [6]. Après l'administration de rocuronium ou de cisatracurium (30 patients par groupe), le nombre de patients n'ayant pas retrouvé un train de quatre supérieur à 90 %, 30 minutes après l'administration de 50 g/kg de néostigmine, était de 5 et 2 respectivement [7].

Enfin de nombreux travaux ont parfaitement montré que l'efficacité de la néostigmine était retardée lorsque l'anesthésie était entretenue par un agent halogéné : isoflurane [8] et sévoflurane [9].

II.4.2 Comment réverser la curarisation résiduelle avec le sugammadex ?

Le sugammadex est une cyclodextrine capable d'encapsuler les molécules libres plasmatiques des seuls curares non dépolarisants stéroïdiens (rocuronium et vécuronium). Ce mode d'action particulier explique la vitesse avec laquelle le bloc est levé et également la capacité de ce produit à réverser les blocs les plus profonds. En effet, lorsque le sugammadex est administré par voie intraveineuse, chaque molécule de ce produit encapsule une molécule libre de curare stéroïdien réduisant à zéro sa concentration plasmatique. Il devient alors évident que le sugammadex est capable de réverser le bloc neuromusculaire quelle que soit sa profondeur pour peu que la quantité injectée (donc la dose) soit augmentée en cas de bloc profond (où la concentration de curare est la plus élevée). Une fois la concentration plasmatique de curare libre ramenée à zéro, le gradient de concentration entre le plasma et le compartiment musculaire s'inverse, permettant le transfert des molécules libres de curare du compartiment musculaire vers le plasma, libérant ainsi les récepteurs post-synaptiques du curare, permettant donc la décuration. Si le sugammadex a été administré en excès, les molécules libres de curare transférées vers le plasma seront alors également encapsulées, empêchant le retour du curare vers le compartiment musculaire et assurant le

maintien de la décuration. Enfin le complexe formé par le sugammadex et le curare stéroïdien est éliminé par voie rénale exclusivement. Compte tenu de son mode d'action, et au contraire de la néostigmine, la vitesse de réversion du sugammadex n'est pas ralentie par les agents halogénés.

Lorsqu'un bloc modéré (2 contractions de l'adducteur du pouce après une stimulation en train de quatre) est réversé par du sugammadex (4 mg/kg), la vitesse de réversion (délai pour obtenir un rapport du train de quatre supérieur à 90 %) est environ dix fois plus rapide qu'avec la néostigmine (70 g/kg) [10].

Lorsque le bloc est réversé plus précocement (compte post-tétanique compris entre 1 et 2), la vitesse de réversion du sugammadex est encore plus élevée que celle de la néostigmine (de l'ordre de 17 fois plus rapide), confirmant que la néostigmine est incapable de lever rapidement un bloc profond, et suggérant que le sugammadex est efficace quel que soit le degré du bloc au moment de la réversion [11]. En pratique, le monitoring de la curarisation est une aide indispensable pour déterminer la dose de sugammadex à administrer en fonction de la profondeur du bloc au moment de la réversion pharmacologique. Deux cas de figures ont été bien étayés dans la littérature.

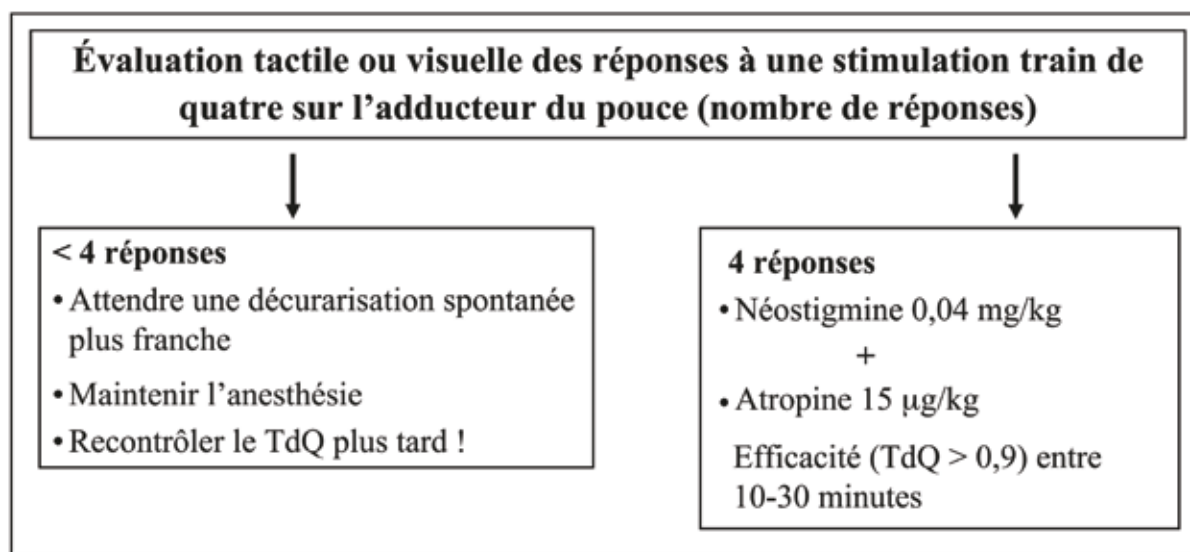


FIG. 1

Algorithme d'utilisation de la néostigmine quel que soit le curare non dépolarisant de durée d'action intermédiaire (d'après [5])

II.4.2.1 Antagonisation conventionnelle

Dans cette indication, le degré du bloc neuromusculaire au moment de la réversion correspond à la réapparition de deux réponses au train de quatre à l'adducteur du pouce. Une dose de 2 mg/kg de sugammadex est suffisante pour obtenir un rapport du train de quatre supérieur à 90 % en moins de 5 minutes.

II.4.2.2 Décuration du bloc profond

Le degré du bloc au moment de la réversion correspond à une réponse post-tétanique comprise en 1 et 2. Un tel bloc est fréquent à la fin d'une intervention sous coelioscopie quelle qu'en soit la nature. La dose de sugammadex est

alors plus importante de l'ordre de 4 mg/kg pour obtenir une réversion complète (rapport du train de quatre supérieur à 90 %) en moins de 5 minutes.

La figure 2 résume ces données essentielles.

Il est essentiel, que la curarisation ait été réversée ou non, de systématiquement vérifier que la décuration est complète avant l'extubation. Une nouvelle fois, seule la mesure du train de quatre permet ce contrôle et doit être supérieure ou égale à 90 %.

III. Conclusion

La curarisation prolongée est une complication de l'anesthésie qui peut être facilement évitée grâce à une gestion soigneuse de la curarisation tout au long de l'intervention. Cette gestion repose sur deux éléments indissociables : le monitoring et la réversion de la curarisation. L'efficacité de cette gestion a été magnifiquement démontrée par Christophe Baillard [12] au travers d'une enquête couvrant une dizaine d'années. Entre 1995 et 2004, les patients ayant reçu un curare de durée d'action intermédiaire ont été étudiés prospectivement sur une période de 3 mois en 1995 (435 patients), en 2000 (130 patients), en 2002

(101 patients) et enfin en 2004 (218 patients). En 1995, le monitoring quantitatif de la curarisation (mesure du train de quatre par accéléromyographie) avait été réalisé chez seulement 2 % des patients et la néostigmine avait été administrée chez 6 % des patients. En 2004 ce sont 60 % des patients qui avaient été monitorés et 42 % avaient reçu de la néostigmine. Pendant ces mêmes périodes, l'incidence du bloc prolongé avait diminué de 63 % en 1995 à seulement 3 % en 2004, illustrant que l'application systématique de mesures simples permet de gagner la partie.

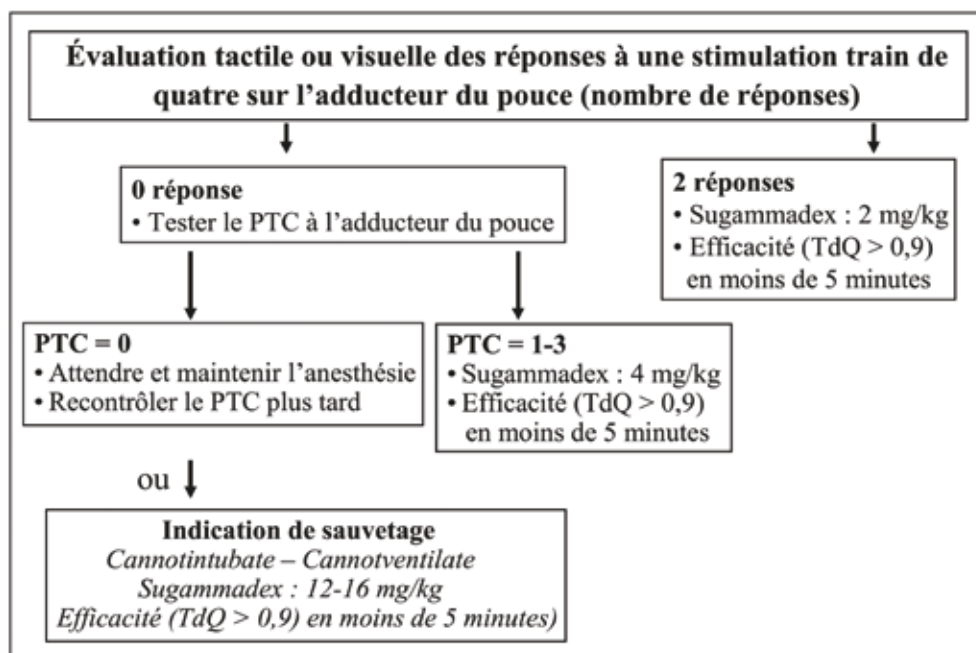


FIG. 2

Algorithme d'utilisation du sugammadex après administration de vécuronium ou de rocuronium (d'après [5]).

BIBLIOGRAPHIE

- [1] Duvaldestin P, Cunin P, Plaud B, Maison P. Enquête de pratique sur l'utilisation en France des curares chez l'adulte en anesthésie. *Ann Fr Anesth Reanim* 2008 ; 27 : 483-9.
- [2] Heier T, Caldwell JE, Sessler DI, Miller RD. Mild intraoperative hypothermia increases duration of action and spontaneous recovery of vecuronium blockade during nitrous oxide-isoflurane anesthesia in humans. *Anesthesiology* 1991 ; 74 : 815-9.
- [3] Debaene B, Plaud B, Dilly MP, Donati F. Residual paralysis in the PACU after a single dose of nondepolarizing muscle relaxant with an intermediate duration of action. *Anesthesiology* 2013 ; 98 : 1042-8.
- [4] Fawcett WJ, Dash A, Francis GA, Liban JB, Cashman JN. Recovery from neuromuscular block : residual curarisation following atracurium or vecuronium by bolus dosing or infusions. *Acta Anaesthesiol Scand* 1995 ; 39 : 288-93.
- [5] Plaud B, Debaene B, Donati F, Marty J. Residual paralysis after emergence from anesthesia. *Anesthesiology* 2010 ; 112 : 1013-22.
- [6] Kirkegaard H, Heier T, Caldwell J. Efficacy of tactile-guided reversal from cisatracurium-induced neuromuscular block. *Anesthesiology* 2002 ; 96 : 45-50.
- [7] Kopman AF, Zank LM, Ng J, Neuman GG. Antagonism of cisatracurium and rocuronium block at a tactile train-of-four of 2 : should quantitative assessment of neuromuscular function be mandatory ? *Anesth Analg* 2004 ; 98 : 102-6.
- [8] Baurain MJ, d'Hollander A, Melot C, Dernovoi BS, Barvais L. Effects of residual concentration of isoflurane on the reversal of vecuronium-induced neuromuscular blockade. *Anesthesiology* 1991 ; 74 : 474-8.
- [9] Morita T, Kurosaki D, Tsukagoshi H, Sugaya T, Saito S, Sato H *et al.* Inadequate antagonism of vecuronium-induced neuromuscular block by neostigmine during sevoflurane or isoflurane anesthesia. *Anesth Analg* 1995 ; 80 : 1175-80.
- [10] Sacan O, White PF, Tufanogullari B, Klein K. Sugammadex reversal of rocuronium-induced neuromuscular blockade : a comparison with neostigmine-glycopyrrolate and edrophonium-atropine. *Anesth Analg* 2007 ; 104 : 569-74.
- [11] Jones RK, Caldwell JE, Brull SJ, Soto RG. Reversal of profound rocuronium-induced blockade with sugammadex. A randomized comparison with neostigmine. *Anesthesiology* 2008 ; 109 : 816-24.
- [12] Baillard C, Clec'h C, Catineau J, Salhi F, Gehan G, Cupa M *et al.* Postoperative neuromuscular block : a survey for management. *Br J Anaesth* 2005 ; 95 : 622-6.

Montant de la cotisation :

Infirmier (e) anesthésiste :	110 €uros
(Nouveaux adhérents SNIA : joindre copies diplômes IDE et IADE)	
Etudiant (e) IA (joindre un justificatif) :	36 €uros
Retraité (e) :	36 €uros

Régalez 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} / Mlle ⁽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



LES ANNONCES DE RECRUTEMENT





**Hôpitaux
Universitaires
Est Parisien**

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



Notre Groupe Hospitalier

Au cœur de l'Est parisien, Saint-Antoine (Paris 12^e), Rothschild (Paris 12^e), Trousseau (Paris 12^e), La Roche-Guyon (Val-d'Oise) et Tenon (Paris 20^e) proposent une offre de soins complète, d'excellence et de proximité permettant la prise en charge de la plupart des pathologies. Groupe hospitalier universitaire associé à la faculté de médecine Pierre et Marie Curie (Paris VI).

Centre d'enseignement, il abrite les écoles d'infirmiers et d'aides-soignants, de sages-femmes et de puériculture. Il est leader de l'AP-HP en médecine, chirurgie, obstétrique.

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

Pour tous renseignements :

Mme Catherine SALTTEL - CSS/IADE - catherine.salttel@aphp.fr - Site Saint-Antoine
M. Ahmed BENYAHIA - CSS/PPP - 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/PPP - Pôle TVAR - isabelle.tardit@aphp.fr - Site Tenon
Mme Pascale FRAISSE - Directrice des Soins - pascale.fraisse@aphp.fr - Site Tenon

GUSTAVE ROUSSY

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

**GUSTAVE
ROUSSY**
CANCER CAMPUS
GRAND PARIS

RECRUTE Infirmier(e)s Anesthésistes - IADE

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

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

Pour postuler : recrutement3@gustaveroussy.fr



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 :

• Mme SABAT - csabat@15-20.fr

• Mme MARCHANDET - smarchandet@15-20.fr - Directrice adjointe - Chargée des Ressources Humaines, de l'Organisation et Affaires médicales - Centre Hospitalier National d'Ophtalmologie des Quinze-Vingts - 28, rue de Charenton - 75012 PARIS



Le CHU de Poitiers recrute

UN(E) INFIRMIER(E) ANESTHÉSISTE DIPLÔMÉ(E) D'ETAT H/F à temps plein

En secteur de bloc opératoire / secteur endoscopique et de radiologie interventionnelle et en Salle de Surveillance Post Interventionnelle (SSPI).

Rattaché au Cadre Supérieur et au Cadre infirmier d'anesthésie et de SSPI, il devra assurer :

Missions du poste

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

- Participer à la qualité de l'environnement de l'anesthésie.
- Mettre en œuvre le protocole d'anesthésie établi par le Médecin Anesthésiste-Réanimateur (MAR), d'assurer l'entretien de l'anesthésie et la surveillance du patient, de déceler les complications et d'agir de manière adaptée.
- Garantir la sécurité du patient : analyser et interpréter les données cliniques et instrumentales de façon appropriée.
- Mettre en œuvre les gestes d'urgence, en situation d'urgence extrême et vitale.
- Assurer la gestion et la maintenance du matériel utilisé pour la pratique de l'anesthésie.
- Assurer la surveillance post-opératoire en SSPI en analysant les données cliniques.
- Assurer l'encadrement et l'évaluation des différents stagiaires.

Qualifications requises

- Diplôme d'Etat d'Infirmier Anesthésiste.

Le poste est ouvert en CDI selon profil et expérience ou par voie de mutation/détachement pour les titulaires de la fonction publique. Une période d'essai de 4 mois renouvelable une fois est à prévoir. La rémunération sera fonction de l'expérience. La quotité de travail sera de 100%.

Tout renseignement complémentaire peut être sollicité auprès de :

- Madame JOULAIN Laurence
Cadre supérieur des blocs opératoires - 05 49 44 46 16
- ou de Madame CHEVEREAU Frédérique
Cadre de santé IADE en anesthésie et SSPI - 05 49 44 38 40

Les candidatures (CV et lettre de motivation) sont à déposer sur le site web du CHU

[[http://www.chu-poitiers.fr/le-chu-recrute/poste : IADE/ postuler à cette offre](http://www.chu-poitiers.fr/le-chu-recrute/poste%3AIADE/postuler%3A%20a%20cette%20offre)]

avant le 31 Août 2017.



Le Centre Hospitalier de Cannes

recrute un **Infirmier Anesthésiste Diplômé d'Etat H/F**

Polyvalence bloc opératoire/SSPI/endoscopie digestive – électrophysiologie.

Poste à temps plein à compter du 1/6/2017.

CDD renouvelable, mutation.

Salaire selon grille de rémunération de la fonction publique hospitalière.

FORMATIONS REQUISES

- Titulaire du diplôme d'Etat d'Infirmier/Infirmière
- Titulaire du diplôme d'Etat d'infirmier anesthésiste

Pour tout renseignement, contacter :

Madame Catherine FERNANDEZ - Directrice des soins - 04 93 69 70 50 (secrétariat)
direction.soins@ch-cannes.fr

Adresser lettre de candidature
+ CV + photocopie des diplômes à :
Madame la Directrice des soins
CENTRE HOSPITALIER de Cannes
15, avenue des Broussailles
06414 Cannes CS 50008
Email : direction.soins@ch-cannes.fr



L'établissement

Hôpital Joseph Ducuing

L'hôpital JOSEPH DUCUING est situé au centre de Toulouse. C'est un établissement privé à but non lucratif, géré par une association loi 1901, qui participe au service public hospitalier. Notre établissement de 170 lits a une activité centrée sur le court séjour : une maternité de 2400 accouchements, une activité de médecine, une activité chirurgicale (traditionnelle et ambulatoire), un centre régional de soins palliatifs, un centre départemental de vaccination et de lutte contre la tuberculose, un service d'urgences, un plateau technique (laboratoire, imagerie, bloc, stérilisation, pharmacie) et un SSR.

Notre établissement connaît depuis plusieurs années un accroissement d'activité très important.

Le développement soutenu de l'activité de notre hôpital repose sur l'excellence médicale et paramédicale.

Etablissement à taille humaine, notre hôpital compte aujourd'hui 650 collaborateurs et ambitionne de poursuivre son développement afin de devenir l'un des acteurs de référence dans le paysage hospitalier toulousain.



Le poste

Etablissement privé Associatif MCO de 170 lits.



Recherche Infirmier Anesthésiste temps plein.

6 salles d'interventions dont une d'obstétrique.

Activité : Orthopédie, Chirurgie Digestive, Gynécologie, Endoscopie, Obstétrique.

Petite équipe d'anesthésistes, bonne ambiance de travail.

Astreintes à prévoir.

Poste à pourvoir rapidement.

Le profil

IADE débutant accepté.

Disponible rapidement.

Rémunération

CCN 51.

Rémunération brute annuelle : 36 800 à 44 000 euros.

CONTACTS

Monsieur Guillaume Servat, Directeur des Ressources Humaines

gservat@hjd.asso.fr - 05 61 77 50 74

Docteur Guillaume Morcely, Chef de Service d'Anesthésie

gmorcely@hjd.asso.fr



Le Centre Hospitalier d'ALBI (Tarn - région Occitanie)

recrute par voie de mutation
ou en contrat avec intégration rapide
à la Fonction Publique Hospitalière :

1 infirmier(ère) anesthésiste diplômé(e) d'Etat (IADE) temps plein

Poste à pourvoir dans les plus brefs délais

Pour tout renseignement, veuillez contacter :

Madame Raynal - 05 63 47 48 51

ou helene.raynal@ch-albi.rss.fr



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



DES INFIRMIERS(ES) ANESTHESISTE D.E.

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

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

Madame Agnès LYDA TRUFFIER - Directrice des Ressources Humaines

Par mail : chvalenciennes-159784@cvmail.com

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



CENTRE HOSPITALIER
DE VALENCIENNES

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

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

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



Recrute

■ 3 IADE

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

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

SALAIRE :

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

Postes à pourvoir dans l'immédiat

Des renseignements sur le poste peuvent être obtenus auprès de :

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

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

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



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

ME

Medi-Emploi Sàrl

Placement de personnel paramédical

**Recherche
pour la Suisse**

Infirmier(e) anesthésiste - IADE

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

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

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

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



Rejoignez
la communauté
des **IADE**

Réseau
PR 
Santé

Sur
Reseauprosante.fr



www.reseauprosante.fr est un site Internet certifié HONcode



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

Infirmier(e)s Anesthésistes

pour être informés,

représentés,

conseillés,

adhérez au :



www.snia.net

Syndicat National des Infirmiers Anesthésistes

157 Rue Legendre - 75017 PARIS

Tel. : 01.40.35.31.98

Fax : 01.40.35.31.95

e-mail : snia75@snia.net