

Editorial

Nous sommes déjà au mois d'août et nous sommes déjà en 2017.

Pourtant le combat que nous poursuivons n'en est toujours pas à son épilogue.

Certes nous avons enfin récupéré notre corps professionnel mais nous ne sommes toujours pas rémunérés à hauteur de nos compétences, de nos responsabilités, de notre autonomie d'exercice et de nos contraintes professionnelles. Mon plus grand souhait serait de ne plus avoir l'occasion d'écrire cette phrase. Mon plus grand souhait serait que, enfin, le principe d'équité soit appliqué par nos dirigeants.

Il faut ajouter à cela d'autres menaces pour notre profession comme les autorisations d'exercice total ou partiel.

Le candidat à l'élection présidentielle, M. E. Macron, l'a écrit dans son programme de campagne (avant d'être élu). Il souhaitait, je cite, « *une France qui répare les injustices* ». Il semblerait que, malheureusement pour nous, la nouvelle Ministre de la Santé n'ait pas été informée de cette consigne.

Nous lui avons adressé, dès le jour de sa nomination, un courrier en lui demandant de nous recevoir elle-même. Nous lui avons bien précisé de bien vouloir ne pas déléguer cette rencontre.

Madame Agnès Buzyn, notre Ministre, n'a manifestement pas lu jusqu'au bout ou n'a tout simplement pas du tout lu notre lettre puisque, dans sa réponse, elle nous renvoie vers la DGOS !

Comment devant autant de marques d'indifférence pourrions-nous rester sereins ? Tout règlement de compte au sein de la profession est inutile.

Chacun doit entendre que le grand responsable de la situation conflictuelle dans laquelle nous sommes maintenus est le Ministère de la Santé lui-même (avec les complices que nous lui connaissons).

Il ne faut donc pas se tromper de cible.

Nous allons probablement être amenés à vivre de nouvelles journées d'action mais sous quelle forme ?

La grève sera peut-être inévitable, qu'elle soit ponctuelle ou reconductible.

Mais les assignations souvent excessives limitent l'impact que pourrait avoir réellement une grève IADE.

Si le mépris perdure, beaucoup s'arrêteront au moindre mal et même les IADE assignés un jour de grève seront en arrêt maladie.

Mais ne pas assumer ces assignations, est-ce là la solution ?

Nous allons finir par être tous désespérés et le désespoir est parfois dangereux !

Que faut-il faire pour être enfin entendus ?

Devons-nous mettre le feu à des respirateurs devant le Ministère ?

Devons-nous mettre le feu au Ministère lui-même ?

Il faut que les tutelles nous entendent enfin.

Nous avons un point commun avec le Président de la République, Emmanuel Macron, nous aussi nous voulons « *une France qui répare les injustices* » !!

Jean-Marc Serrat
Président du SNIA

SOMMAIRE

Page 1

- Edito

Pages 2 - 11

- Activité syndicale

Pages 12 - 16

- Article scientifique

Page 17

- Anesthésie

Page 18

- Législation

Page 19

- Annonces congrès

Pages 20 - 23

- Annonces de Recrutement

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

Editeur et régie publicitaire :

Macéo éditions – M. Kamel TABTAB, Directeur

06, Av. de Choisy - 75013 Paris

Tél. : 01 53 09 90 05

E-mail : contact@reseauprosante.fr

<http://reseauprosante.fr/>

Imprimé à 800 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.



ACTIVITÉ SYNDICALE

S.N.I.A.

Compte rendu de l'Assemblée Générale 2017

L'Assemblée Générale statutaire 2017 s'est déroulée le 10 juin 2017 au siège parisien du SNIA.

- **7 membres du conseil et/ou délégués nationaux et/ou chargés de mission du SNIA étaient présents.**
- **4 membres du conseil en téléconférence + la secrétaire en téléconférence**
- **2 adhérents du SNIA présents.**

Jean-Marc SERRAT, président du SNIA, ouvre la séance, remercie l'ensemble des participants de leur présence et présente l'ordre du jour qui pour cette AG tournera principalement sur le rapport financier de 2016 et la restructuration des périodes d'adhésions dans l'année.

1. RAPPORT FINANCIER

Le point est fait sur la mise en place de l'exercice comptable sur une année civile.

Jusqu'à présent les adhésions étaient possibles entre le 1^{er} janvier et le 31 octobre de chaque année. Les comptes étaient clôturés au 31 octobre, afin de laisser le temps de faire le bilan comptable et de le présenter à l'AG qui suivait généralement en décembre.

Mais avec la possibilité de régler par CB directement via le net, il était compliqué et peu logique de conserver cette organisation.

Il a été décidé lors de l'AG 2016 de décaler l'exercice comptable sur une année civile.

L'exercice 2016 a été rallongé à 14 mois pour le clôturer au 31 décembre 2016.

L'exercice 2017 a donc commencé au 1^{er} janvier 2017 et s'achèvera le 31 décembre 2017.

La prochaine AG aura lieu dans le 1^{er} trimestre 2018.

L'Ag de ce jour a pour rôle de faire le lien entre celle de 2016 et celle de 2018.

Une annexe a été éditée par l'expert-comptable sur l'exercice 2016 :

- Le SNIA emploie une salariée, secrétaire à temps partiel.
- Les actifs du SNIA sont principalement le solde disponible sur les comptes, et le local siège social du SNIA.
- Les frais de représentativité ont été bien séparés des frais de déplacement. En 2016 (sur 14 mois) on comptabilise 4200 euros de frais de fonctionnement du bureau et 6040 de frais de représentativité.
- Des économies ont été réalisées en supprimant certaines charges ou abonnements non nécessaires
- En 2016 on note une augmentation des frais de fonctionnement, essentiellement due au fait que l'exercice a été exceptionnellement rallongé à 14 mois.
- Le 31/12/2016 le SNIA était déficitaire de 12567,07 euros (sur 14 mois), contre 16932,58 euros en 2015 (sur 12 mois).

Le déficit a donc diminué.

Le point est fait sur les adhésions de l'année 2016.

Sur un total de 534 adhésions, 78 adhérents sont élèves IADE ou IADE retraités.

Sur l'exercice 2017, on remarque une légère stagnation du nombre d'adhésions.

L'objectif sera donc d'augmenter le nombre d'adhésions.

2. RÉGIONS

Une discussion s'engage ensuite sur les élections régionales.

Il est mis en évidence par le trésorier le fait que plus il y a de conseillers par région, plus les frais de fonctionnement du bureau vont augmenter (notamment pour les remboursements de frais de transport pour les réunions du conseil qui ont actuellement lieu à Paris).

Le conseil confirme sa volonté de découper la carte des futurs représentants régionaux en fonction des nouvelles régions mises en place.

A cette occasion le Président souhaite à nouveau la bienvenue au trois représentant régionaux élus cette année :
M. BELAHRIZI Madjid et M. ARFIB Anthony pour la région Nord-Pas-de-Calais.
M. BAZIN Olivier pour la région Pays de la Loire.

3. COMMUNICATION

Le conseil a relevé que des communications par mail « de masse » n'étaient pas faites assez souvent.
Une réflexion va être menée à ce sujet ainsi que sur le reste de la communication du syndicat.
Il est envisagé par exemple de développer les « Facebook live » lors de réunions.

4. AVENIR DE LA PROFESSION

Une discussion sur l'avenir de la profession s'engage.
Un courrier a été envoyé à Mme Agnès Buzyn dès sa nomination au ministère.
Le SNIA ne compte pas laisser sans réponse les questions posées au ministère sur l'avenir des IADE.

FIN DE LA REUNION.

(NOTE : Depuis l'AG nous avons finalement reçu une réponse du Ministère qui malheureusement une fois de plus nous renvoie vers la DGOS.)

Décret n° 2017-984 du 10 mai 2017 portant statut particulier du corps des infirmiers anesthésistes de la fonction publique hospitalière

NOR: AFSH1707861D

Depuis le 1^{er} juillet 2017, le décret 2017-984 du 10 Mai 2017 portant statut particulier du corps des infirmiers anesthésistes de la Fonction Publique Hospitalière est entré en vigueur, reclassant l'ensemble des IADE "sédentaires" (anciennement Infirmiers en Soins Généraux et Spécialisés Grades 3 et 4) dans de nouvelles grilles imposées dans le cadre du Protocole Parcours Professionnels Carrières et Rémunérations (PPCR).

Le SNIA vous propose ici un document reprenant l'évolution des grilles jusqu'au terme du PPCR (septembre 2018).

GRILLES IADE depuis le 1^{er} juillet 2017

GRILLES des « SEDENTAIRES »

Premier Grade (anciennement ISGS grade 3)

ÉCHELONS	A la date d'entrée en vigueur du décret 2017- 988 du 10 mai 2017 soit le 1 ^{er} juillet 2017		A compter du 1 ^{er} janvier 2018		A compter du 1 ^{er} septembre 2018	
	I Brut	I Majoré	I Brut	I Majoré	I Brut	I Majoré
Echelon 1	499	430	502	433	506	436
Echelon 2	525	450	528	452	532	455
Echelon 3	555	471	558	473	562	476
Echelon 4	587	495	591	498	595	501
Echelon 5	619	519	622	522	626	525
Echelon 6	650	543	655	546	658	549
Echelon 7	687	571	690	573	694	576
Echelon 8	718	595	723	598	727	601
Echelon 9	748	618	752	621	757	624
Echelon 10	779	641	790	650	801	658

Deuxième Grade (anciennement ISGS grade 4)

Echelon 1	653	545	657	548	663	553
Echelon 2	674	561	678	564	684	569
Echelon 3	704	584	708	587	714	592
Echelon 4	732	605	735	607	742	613
Echelon 5	759	626	763	629	770	634
Echelon 6	793	652	810	664	821	673

Valeur du point d'indice : 4,68585 € depuis le 1^{er} février 2017

Arrêté du 19 mai 2016 relatif à l'échelonnement indiciaire applicable aux corps régis par le décret n° 88-1077 du 30 novembre 1988 modifié portant statuts particuliers des personnels infirmiers de la fonction publique hospitalière

NOR: AFSH1601003A

GRILLES des « ACTIFS »

ÉCHELONS	Point d'indice 4,68585 € depuis le 1 ^{er} février 2017			
		A compter du 1 ^{er} Janvier 2017	A compter du 1 ^{er} Janvier 2018	A compter du 1 ^{er} Janvier 2019

Infirmier(ère) anesthésiste de classe normale

	Durée	Brut	I majoré	Brut	I majoré	Brut	I majoré
Echelon 1	1 Ans	425	377	429	379	433	382
Echelon 2	2 Ans	461	404	464	406	468	409
Echelon 3	3 Ans	490	423	494	426	498	429
Echelon 4	3 Ans	522	448	527	451	530	454
Echelon 5	4 Ans	555	471	559	474	563	477
Echelon 6	4 Ans	589	497	593	500	597	503
Echelon 7	4 Ans	627	526	631	529	635	532
Echelon 8		664	554	672	560	680	566

Infirmier(ère) anesthésiste de classe supérieure

Echelon 1	2 Ans	545	464	549	467	554	470
Echelon 2	2 Ans	582	492	587	495	591	498
Echelon 3	2 Ans	608	511	612	514	616	517
Echelon 4	3 Ans	638	534	642	537	646	540
Echelon 5	3 Ans	664	554	672	560	680	566
Echelon 6	3,5 Ans	694	576	698	579	706	586
Echelon 7		743	614	747	617	761	627

Non inscription au tableau d'avancement pour accession au grade 4 des infirmiers de soins généraux et spécialisés

Parmi les appels, mails ou courriers, reçus au SNIA, une question revient souvent. C'est celle du passage du grade 3 au grade 4.

Le passage du grade 3 au grade 4 est proposé à la Commission Administrative Paritaire Locale (CAPL) par le directeur de l'établissement.

Si vous n'êtes pas présenté(e), il faut commencer par écrire un courrier recommandé avec accusé de réception au directeur général de votre établissement, en lui précisant de justifier la non présentation.

Au regard du décret n°2010-1139 du 29 septembre 2010 et notamment ses articles 26, 29 et 30 et de l'arbitrage du bureau RH4 de la Direction Générale de l'Offre de Soins consultable sur ce lien : <http://www.snia.net/actualiteacutes/les-economies-des-centre-hospitaliers-ne-doivent-pas-se-faire-sur-les-carrieres-des-infirmiers-anesthsistes>, les établissements semblent se méprendre dans l'interprétation des textes régissant le corps des infirmiers en soins généraux et spécialisés. L'accession au grade 4, (anciennement IADE classe supérieure et actuellement IADE grade 2) s'opère sans quota pour les IADE ayant atteints l'échelon 5 du grade 3 et ayant effectué 10 ans de services actifs dans un corps Infirmier. Certaines directions estimaient que les années d'exercice dans le corps des infirmiers de catégorie B ne pouvaient être prises en compte dans ce prérequis de 10 années d'exercice.

Nous avons saisi les services ministériels pour qu'ils arbitrent cette interprétation, leur réponse sans équivoque confirmait bien que les services antérieurs infirmiers de catégorie A comme de catégorie B étaient intégralement repris pour ce calcul.

Exemple concret : Madame M. est infirmière depuis 2011, titulaire de la FPH depuis janvier 2006, restée à l'époque infirmière dans la catégorie active (B NES). Diplômée IADE en 2012, recrutée en 2013 dans le troisième grade des ISGS à subir un reclassement dérisoire lors de son versement au corps des ISGS grade 3 après les études promotionnelles IADE (+14 points d'IM).

Elle se voit maintenant refuser son légitime avancement au grade 4 alors qu'elle répond aux prérequis exigés.

Dans cette situation le SNIA a rempli sa mission d'information auprès du directeur de l'établissement de Mme M. et celle-ci est désormais inscrite au grade 4.

Le Décret n° 2017-984 du 10 mai 2017 portant statut particulier du corps des infirmiers anesthésistes de la fonction publique hospitalière NOR: AFSH1707861D reprend la création du corps des infirmiers anesthésistes disparu en 2010. Mais l'article 35 de ce décret précise :

« Le tableau d'avancement établi, au titre de l'année 2017, pour l'accès au quatrième grade du corps régi par le décret du 29 septembre 2010 dans sa rédaction en vigueur jusqu'au 30 juin 2017 demeure valable jusqu'au 31 décembre 2017. Les agents inscrits sur ce tableau et promus après le 1^{er} juillet 2017 sont classés dans le deuxième grade du corps des infirmiers spécialisés dans les conditions prévues à l'article 16.

Les agents inscrits sur le tableau d'avancement établi, au titre de l'année 2017, pour l'accès au troisième grade du corps prévu par le décret du 29 septembre 2010 dans sa rédaction en vigueur jusqu'au 30 juin 2017 et qui n'ont pas été promus à cette date, peuvent, jusqu'au 31 décembre 2017, être promus dans le premier grade du corps des infirmiers spécialisés. Ils sont classés dans ce premier grade à identité d'échelon et conservent l'ancienneté d'échelon acquise dans leur grade d'origine. »

Le Bureau du SNIA
Le 11 juillet 2017



Paris, le 18 mai 2017

À

Madame Agnès BUZYN
Ministre des Solidarités et de la Santé
14 Avenue Duquesne
75350 PARIS SP07

Lettre recommandée avec AR

Objet : la profession d'infirmier-anesthésiste, IADE

Madame la Ministre,

Le **Syndicat National des Infirmiers-Anesthésistes (SNIA)** vous félicite pour votre nomination à ce poste de très hautes responsabilités qu'est celui de Ministre des Solidarités et de la Santé.

Nous voulons attirer votre attention sur le conflit que nous menons, avec des centrales syndicales, depuis plusieurs années.

Notre profession s'est pliée aux exigences de l'Enseignement Supérieur pour que la réingénierie de notre formation corresponde à un niveau universitaire Master 2.

Ce nouveau dispositif a été appliqué dès la rentrée de septembre 2012.

Cependant, il a fallu que notre profession descende dans la rue pour qu'enfin le décret octroyant le niveau Master paraisse en décembre 2014.

Infirmier-anesthésiste est une profession bac+5 depuis plus de 45 ans et le cursus s'étend sur 7 années.

Le décret relatif à notre exercice professionnel a été récemment rénové afin de mieux correspondre à une réalité de terrain.

Nous sommes la seule profession paramédicale à jouir d'un tel niveau d'autonomie d'exercice sous supervision médicale.

Il était donc nécessaire que cela se traduise réglementairement et l'article R4311-12 du Code de Santé Publique, entre autres, a été modifié.

Nous venons par décret, ce 10 mai 2017, de récupérer notre corps professionnel spécifique.

En revanche, les ministres de la Santé et de la Fonction Publique précédents ont refusé d'y intégrer l'encadrement IADE alors que c'était une demande forte de la profession.

Toutes les organisations médicales de l'anesthésie-réanimation ont pourtant également réclamé, lors des réunions de concertations sur notre exercice, que la spécificité IADE soit prise en compte dans le management des équipes d'infirmiers-anesthésistes.

Par ailleurs, les revendications salariales de notre profession n'ont absolument pas été exaucées à ce jour. Aujourd'hui, nous sommes une profession bac+5 et Master.

Au vu des autres professions bac+5 Master des différentes Fonctions Publiques, l'« Égalité » de la devise de la République Française est loin d'être une réalité.

Certains y voient même une discrimination salariale liée au genre des filières soignantes.

Nous revendiquons l'équité pour que notre profession soit rémunérée en prenant en compte son haut niveau de compétences, ses lourdes responsabilités et ses contraintes professionnelles.

Nous demandons que la profession d'IADE bénéficie des grilles indiciaires dites « A type » de la Fonction Publique et que les critères évidents de pénibilité de toute la filière soient reconsidérés et admis.

Dans son programme, le Président Emmanuel MACRON, annonçait vouloir « une France qui répare les injustices ».

C'est précisément ce que nous réclamons depuis longtemps pour la profession d'infirmier-anesthésiste.

Nous demandons à vous rencontrer pour vous exposer plus en détails nos revendications actuelles et les différents problèmes rencontrés par notre profession.

Pour ce faire, je vous serai très reconnaissant de ne pas déléguer cette rencontre, comme l'ont fait à chaque fois vos prédécesseurs, à vos conseillers ministériels ou aux représentants de la DGOS.

Veillez agréer, Madame la Ministre, l'assurance de ma très haute considération.

Jean-Marc SERRAT
Président du SNIA



Archives

Votre Syndicat est au front depuis la création de notre profession !

Grilles en 1963, extrait du bulletin n°1 du SNIA

TABEAU DES SALAIRES DES HOPITAUX PUBLICS

au 1^{er} Janvier 1963

INDICES			EMOLUMENTS bruts soumis à retenues		RETENUES mensuelles			EMOLUMENTS NETS mensuels	INDEMNITE DE RESIDENCE					
Réels	Bruts	Nets	Annuels	Mensuels	6 %	Plafond S.S.	Globales		Taux mensuels					
									Zone 20%	Zone 18 %	Zone 16,5%	Zone 15,25 %	Zone 14 %	Zone 12,75 %
			F.	F.	F.	F.	F.	F.	F.	F.	F.	F.	F.	F.
179	230	200	6.856	571,33	34,28	14,28	48,56	522,77	114,26	102,84	94,27	87,12	79,98	72,84
193	250	215	7.392	616,—	36,96	15,40	52,36	563,64	123,20	110,88	101,64	93,94	86,24	78,54
207	270	230	7.928	660,66	39,64	16,51	56,15	604,51	132,13	118,92	109,01	100,75	92,49	84,23
221	290	245	8.464	705,33	42,32	17,63	59,95	645,38	141,06	126,96	116,38	107,56	98,74	89,93
240	315	260	9.192	766,—	45,96	19,15	65,11	700,89	153,20	137,88	126,39	116,81	107,24	97,66
258	340	280	9.881	823,41	49,40	20,58	69,98	753,43	164,68	148,21	135,86	125,57	115,27	104,98
289	380	305	11.069	922,41	55,34	21,75	77,09	845,32	184,48	166,03	152,19	140,66	129,13	117,60
315	415	330	12.065	1005,41	60,32	21,75	82,07	923,34	201,08	180,97	165,89	153,32	140,75	128,19

1968 : Participation du syndicat aux projets de réforme de la faculté de médecine, extrait du bulletin n°21 du SNIA

Bulletin n° 21 - 2me Trimestre 1968

I. - PARTICIPATION DU SYNDICAT AUX PROJETS DE REFORME DE LA FACULTE DE MEDECINE

Dès le 22 Mai, le Syndicat des Auxiliaires et Sages-Femmes Aides-Anesthésistes a participé aux réunions d'information et aux débats concernant la profession d'aide-anesthésistes.

Ces réunions, qui ont eu lieu d'abord à la nouvelle Faculté de Médecine, puis au C.H.U. Pitié Salpêtrière et au Département d'Anesthésiologie de Necker, réunissaient des élèves préparant le certificat d'aptitudes aux fonctions d'aide-anesthésiste et des diplômées exerçant déjà. Des médecins anesthésiologistes ont souvent assisté et participé aux discussions.

Les débats ont abouti à une motion demandant différentes réformes, dont on peut retenir :

Conditions d'admission à l'enseignement :

Exercice de la profession d'infirmière auprès du malade de 9 mois à un an, et préparation à la sélection faite par le Département d'Anesthésiologie.

Enseignement de la spécialisation :

Dans le Département d'Anesthésie Réanimation d'un C.H.U.

Durée de 24 mois, dont 18 mois de cours.

L'enseignement théorique serait fait sous forme de colloque

(groupe de travail de 10 élèves maximum, aidés par un enseignant).

Vérification des connaissances à la fin de chaque stage.

L'examen terminal tiendrait compte, pour 50 %, des notes des épreuves pratiques et orales de fin d'études; pour 50 % des notes de fin de stages.

Débouchés : Orientations possibles :

Anesthésie proprement dite

Unités de soins intensifs

Soins d'urgence et transports primaires

Transports secondaires organisés par le Département d'Anesthésie-

Réanimation

Formation d'institutrices spécialisées,

" de surveillantes.

Le Syndicat a également assisté, à la Faculté de Médecine de Paris, aux réunions du C.E.S. d'anesthésie réanimation. Y étaient présents des élèves médecins, des enseignants, Monsieur Vourc'h. Ce dernier, à qui il a été demandé s'il pensait que les auxiliaires d'anesthésie étaient encore nécessaires, a de

nouveau fait savoir son point de vue: "pendant de nombreuses années encore, il faut continuer à utiliser les infirmières anesthésistes. Les supprimer aboutirait au chaos. Il n'est pas de médecin anesthésiste qui ne préférerait être anesthésié par une infirmière intelligente et compétente, plutôt que par un médecin, même fort savant, mais qui ne serait pas familiarisé avec les problèmes que pose l'anesthésie.

Au cours de ces journées, le Syndicat s'est efforcé :

- d'informer les élèves qui méconnaissent trop souvent les difficultés rencontrées dans l'exercice de la profession,
- de faire connaître le point de vue des absentes,
- de défendre les intérêts des auxiliaires d'anesthésie déjà en exercice,
- de jouer un rôle de modération et de conciliation entre les éléments quelquefois si divers qui étaient en présence.

Le travail qui a été fait au cours de ces réunions est intéressant et constructif. Tous ceux qui y assistèrent se souviendront de leur ambiance chaleureuse et passionnée ainsi que de la bonne volonté et de l'élan unanime de tous à la recherche de quelque chose de mieux.

Il serait intéressant de savoir si des réformes ont été envisagées ou proposées, dans les C.H.U. de province, et quelles ont été les répercussions ou modifications apportées dans vos différents secteurs par ces journées de contestation et d'effervescence.

Nous pouvons déjà vous donner des précisions sur ce qui s'est passé à Grenoble. - Nous les félicitons de leurs réflexions et de la rapidité avec laquelle elles nous ont informées.

MOTION DES INFIRMIERES ET INFIRMIERS

AIDES-ANESTHESISTES

de GRENOBLE

*

Les Infirmières et Infirmiers aides-anesthésistes, appartenant avant tout à la corporation des Infirmières et Infirmiers Diplômés d'Etat, affirment leur entière solidarité avec celle-ci.

REVENDIQUENT pour eux-mêmes :

I. - UN STATUT PARTICULIER, en fonction :

- du niveau et de la durée de leurs études,
- des responsabilités qui leur incombent,
- de leur participation aux activités des Départements d'Anesthésiologie.

II. - UNE POSSIBILITE DE PROMOTION pour toute infirmière ou infirmier aide-anesthésiste :

- au sein des Départements d'Anesthésiologie
ou des Services de Réanimation, en tant que Cadre.

III. - UNE REFORME DES ETUDES D'AIDES-ANESTHESISTES :

- rendue nécessaire par l'évolution de la profession et son ouverture vers les Services de Réanimation.

Grenoble, Juin 1968.

* * * *

Les Médecins Anesthésistes du Département d'Anesthésiologie de Grenoble ont pris connaissance des revendications des Infirmières et Infirmiers aide-Anesthésistes de Grenoble dont ils apprécient les grandes qualités.

Il leur a semblé de la plus grande urgence d'attirer l'attention du Syndicat National des Médecins Anesthésistes Réanimateurs Français sur ce problème et de demander qu'un rapport soit fait dans le cadre de cet Organisme sur la situation actuelle et l'avenir du métier d'Infirmières et d'Infirmiers aide-Anesthésistes.

Monsieur	STIEGLITZ
"	BLIN
Mesdames	CHATELAIN
"	CORDEREIRO
"	FRANCOIS
Mlles	MICOU
"	VAISSIER
Madame	SILVENT



Comment éviter une curarisation prolongée ?

B. DEBAENE, A. CHARRE

Service d'Anesthésie-Réanimation, CHU de Poitiers, 2, rue de la Milétrie, 86021 Poitiers Cedex.

Correspondance : B. Debaene. E-mail : b.debaene@chu-poitiers.fr

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 décuration 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 pseudo-cholinestérases, 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 benzyloquinolines (atracurium et cisatracurium). Comme les curares stéroïdiens sont éliminés par le foie et le rein, les benzyloquinolines 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 décuration grâce aux agents anticholinestésiques (la néostigmine seule représentante de cette classe disponible en France) ou à la gamma-cyclodextrine (sugammadex).

II.3 Décuration 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 décuration. 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 anticholinestérasique ?

La néostigmine est un inhibiteur réversible de l'acétylcholinestérase, enzyme présente dans la fente synaptique mais également dans l'ensemble du système nerveux parasympathique 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 parasympathique. 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 parasympathique responsable d'une bradycardie sévère, voire d'une asystolie, d'une augmentation du tonus bronchique à l'origine d'un bronchos-

pasme potentiel. C'est la raison pour laquelle l'administration de la néostigmine doit être obligatoirement associée à un agent parasympatholytique 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 $\mu\text{g/kg}$ associée à l'atropine (10-15 $\mu\text{g/kg}$) 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 $\mu\text{g/kg}$ 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 $\mu\text{g/kg}$ 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).

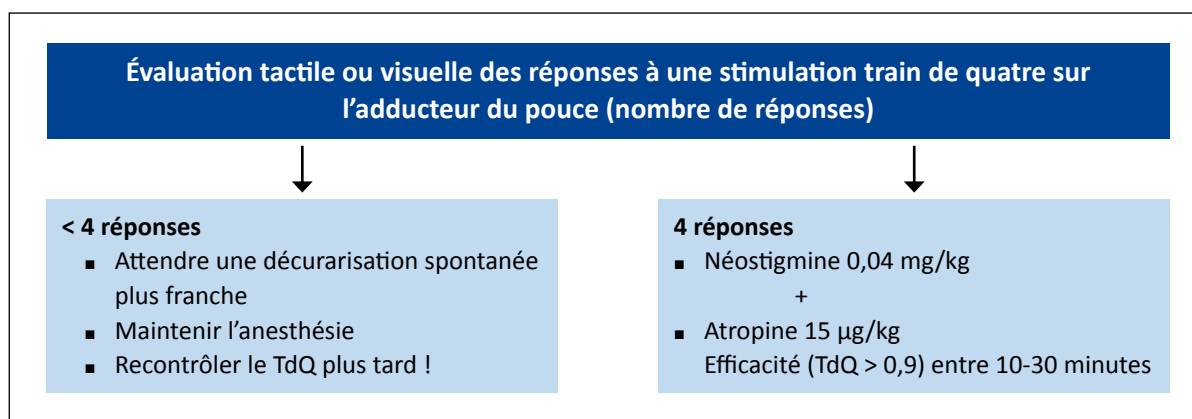


FIG. 1 : Algorithme d'utilisation de la néostigmine quel que soit le curare non dépolarisant de durée d'action intermédiaire (d'après [5]).

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 µg/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.

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.

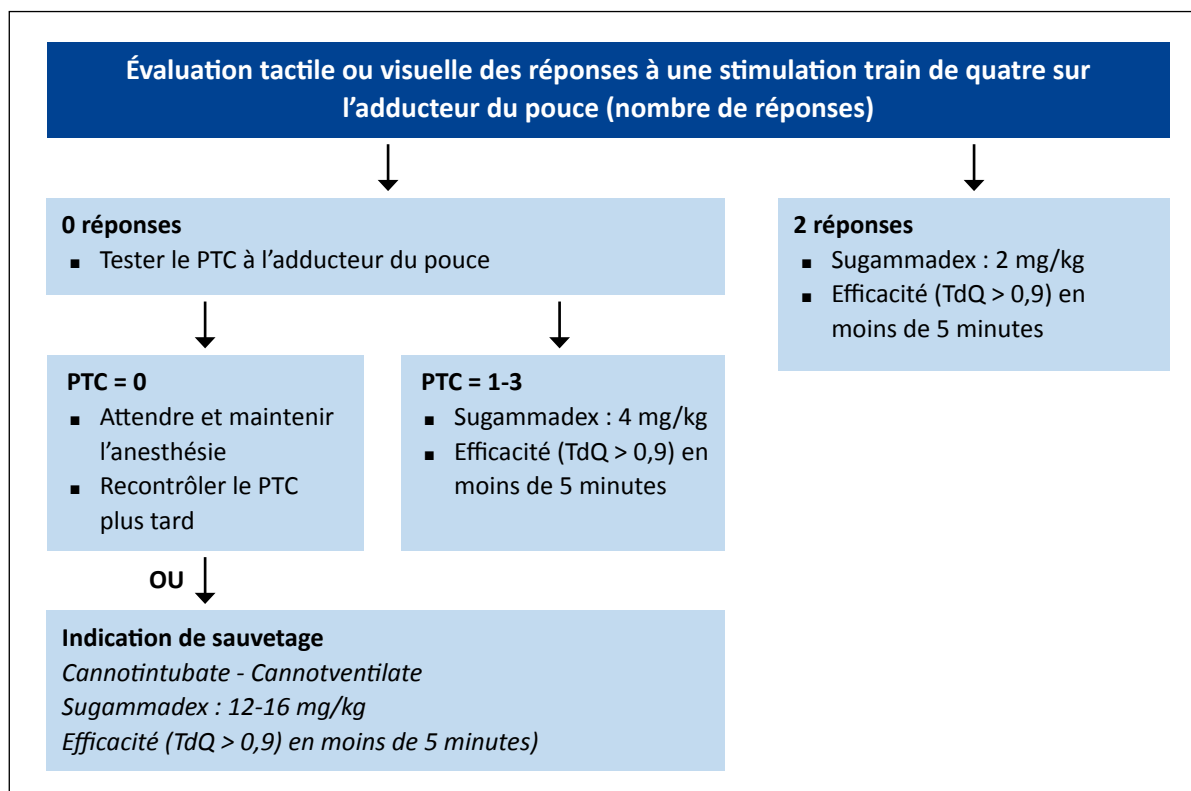


FIG. 2 : Algorithme d'utilisation du sugammadex après administration de vécuronium ou de rocuronium (d'après [5]).

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.

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 neuro-muscular 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 cisa- tracurium-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 neu- romuscular 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.

Texte de la conférence présentée par les auteurs lors de la XXXVIII^{ème} réunion de perfectionnement des infirmiers et infirmières anesthésistes et publié par les Editions Arnette en mars 2016. Nous remercions les auteurs, les responsables des Editions Arnette et les organisateurs des JEPu pour leur aimable autorisation de publication dans notre revue.

Repérer l'anxiété de l'enfant qui va être opéré

Chez l'enfant, plusieurs études ont démontré une forte corrélation entre l'anxiété préopératoire d'une part, et la douleur et les complications neurocognitives (confusion et comportements postopératoires désadaptés) d'autre part. De fait, les interventions qui réduisent l'anxiété préopératoire préviennent la survenue de ces complications et améliorent la récupération postopératoire. Le trait de caractère « anxiété » qui est associé à la survenue de l'anxiété au cours des situations anxiogènes, est mal évalué par les questionnaires habituellement utilisés. Les auteurs se sont penchés sur les performances d'échelles utilisées dans l'évaluation de la douleur (présentation de visages) chez l'enfant pour détecter un trait « anxiété » en amont de l'acte chirurgical.

Lors d'une étude prospective observationnelle conduite en France de novembre 2015 à mai 2016 (1), il a été demandé à une cohorte de 207 enfants (ASA I–III) âgés de 8 à 18 ans, de quantifier leur anxiété à la maison avec une échelle visuelle de visages développée par Bieri (2), avant la visite pré-anesthésique soit plusieurs jours avant l'acte chirurgical. Il leur a également été demandé de répondre à la question suivante : « *Quel est votre degré d'anxiété à la maison et dans votre existence ?* » en utilisant l'échelle des visages dont le sourire signifie absence d'anxiété et les pleurs signifient anxiété maximale. Ont été exclus les patients relevant d'une chirurgie urgente, ou présentant un déficit neurocognitif connu ou bien classés ASA IV-V. Les enfants ont également répondu au questionnaire portant sur le trait « anxiété » en salle d'attente de la consultation pré-anesthésique, à l'aide de la *State-Trait Anxiety Inventory* (STAI). Les valeurs optimales des échelles visuelles de visages ont été établies et testées auprès d'une cohorte de validation composée de 91 patients.

Un outil simple de détection du trait « anxiété »

Le trait « anxiété » était présent chez 30 % des enfants et 70 % des enfants possédant le trait « anxiété » ont été repérés à partir de valeurs ≥ 2 , et 80 et 90 % des enfants ne possédant pas le trait « anxiété » ont été repérés pour des valeurs < 4 et 6, respectivement. La valeur optimale de l'échelle visuelle de visages a été de 4 avec une sensibilité de 0,61 [intervalle de confiance à 95 % [IC 95 %] 0,59, 0,62] et une spécificité de 0,82 [IC 95 % 0,81, 0,3]. Le seuil de 4 permet de repérer 61,3 % des enfants possédant le trait « anxiété » et 82,1 % de ceux ne l'ayant pas. Lorsque ce seuil a été appliqué aux deux cohortes de construction et de validation, 61,3 et 44,4 % des positifs étaient des vrais positifs et respectivement 82,1 et 81,3 % des négatifs étaient des vrais négatifs.



Le deuxième objectif de l'étude était de voir s'il existait une corrélation entre le trait « anxiété » et l'état d'anxiété. Effectivement, les valeurs des échelles de visage ont différé significativement entre les enfants possédant le trait « anxiété » et ceux ne le possédant pas (médiane : 4 [0–10] vs 0 [0–10], respectivement ; $P < 0,0001$). Une proportion très importante des enfants possédant le trait « anxiété » a développé un état d'anxiété par rapport aux autres (50 % vs 7 %).

Cette étude qui visait essentiellement à repérer le trait « anxiété » plus que l'état d'anxiété qui fluctue par nature, a permis de valider la performance d'une simple échelle visuelle de visages pour mesurer l'anxiété préopératoire des enfants âgés de 8 à 18 ans et de pouvoir agir en conséquence en la diminuant.

D' Bernard-Alex Gaüzère
Publié dans JIM le 04/07/2017

Références

1. Bellon M et coll. : Validation of a simple tool for anxiety trait screening in children presenting for surgery. *Br J Anaesth* (2017) 118 (6): 910–917.
2. Bieri D et coll. : The Faces Pain Scale for the self-assessment of the severity of pain experienced by children: development, initial validation, and preliminary investigation for ratio scale properties. *Pain* 1990; 41:139–5

Rétablissement du jour de carence : une bonne nouvelle pour les directions hospitalières ?

Paris, le lundi 10 juillet 2017 – Même si la nouvelle a entraîné quelques crispations, elle n'est pas une surprise : le ministre des Comptes publics, Gérard Darmanin a annoncé la semaine dernière que la journée de carence en cas d'arrêt maladie serait rétablie dans la fonction publique à partir de 2018. Emmanuel Macron n'avait pas caché pendant la campagne son souhait de voir rétablie cette mesure abrogée en 2014.

Pourtant, le nouveau Président de la République n'a pas toujours été convaincu qu'il s'agissait d'un dispositif assurant « l'équité entre le public et le privé » comme l'a exprimé Gérard Darmanin. Au printemps 2015 devant le sénateur Les Républicains (LR) Roger Karouchi, il notait « *Si l'on examine de près la situation des salariés du privé, on s'aperçoit que les deux tiers d'entre eux sont couverts par des conventions collectives qui prennent en charge les jours de carence. Donc « en vrai », comme disent les enfants, la situation n'est pas aussi injuste que celle que vous décrivez* » avait-il défendu ; une argumentation qui semble aujourd'hui oubliée.

Un recul de 40 % des arrêts de travail d'une journée dans les hôpitaux

Le délai de la carence dans la fonction publique avait été instauré en 2012 par l'équipe de Nicolas Sarkozy et supprimé en 2014 par celle de François Hollande qui avait facilement cédé aux doléances des syndicats, la mesure étant considérée comme « inefficace » et « injuste » par le ministre de la Fonction publique, Marylise Lebranchu. Pourtant, dans la fonction publique, notamment à l'hôpital, l'abandon du jour de carence a été fortement regretté par les directions. La mesure est en effet apparue aux yeux de nombreux responsables et directeur des ressources humaines comme le premier levier réellement efficace face à l'absentéisme. De fait selon l'enquête menée fin 2012 par l'assureur Sofaxis, les arrêts de travail d'une journée ont connu un recul de 40 % dans les hôpitaux et de 43 % dans la fonction publique hospitalière après l'instauration du jour de carence. Dans les établissements de santé, les directeurs se montraient très satisfaits de ce dispositif permettant de réaliser doublement des économies : d'une part grâce à l'absence de paiement des indemnités lors du jour de carence et d'autre part parce que la gestion de l'absence des agents est souvent coûteuse. « *La plupart des établissements constatent une évolution des comportements en matière d'absentéisme, à savoir le plus souvent une baisse de l'absentéisme de courte durée* » avait indiqué début 2013 le patron de la Fédération hospitalière de France (FHF), Gérard Vincent. LA FHF avait par ailleurs estimé que les économies pour les hôpitaux s'élevaient entre 60 et 75 millions d'euros par an, soit 0,2 % de leur masse salariale. Forte de ces différentes constatations, la FHF a défendu pendant la campagne électorale, parmi ses différentes propositions pour l'hôpital public, le rétablissement du jour de carence.

Et en même temps...

Cependant, sans parler de l'opposition frontale des syndicats qui ont déjà affiché leur colère face à cette annonce, le retour du jour de carence est-il une mesure incontestable ? Alors que les agents hospitaliers ont sonné l'alerte ces derniers mois sur l'amplification d'un malaise en leur sein et sur la dégradation de leurs conditions de travail, certains s'interrogent sur ce mauvais signal supplémentaire (Gérard Darmanin a d'ailleurs admis qu'une des causes de l'absentéisme était la souffrance au travail des agents). D'ailleurs, certains chiffres relativisent l'efficacité de la suppression du jour de carence : les arrêts de longue durée ont parallèlement progressé, ce qui s'expliquerait selon les syndicats par une dégradation de l'état des agents, réticents à s'arrêter une journée en raison de la mise en place du délai de carence. Conscients de ce possible effet secondaire, tout en étant majoritairement favorables à un rétablissement du jour de carence, les directeurs des ressources humaines (DRG) des grandes collectivités dans un rapport publié en 2016 étaient nombreux à souligner la difficulté de réellement mesurer l'impact sur le long terme de la mesure. Par ailleurs, les économies globales attendues ne sont pas mirobolantes : 90 millions en année pleine avaient été dégagés au cours de l'expérience sous le gouvernement de François Fillon. Pour Jean-Claude Mailly, secrétaire générale de FO, le calcul est déjà fait : il estime que la mesure est une « manière de stigmatiser les fonctionnaires pour un rendement financier qui n'est pas si extraordinaire que ça ».

Quoiqu'il en soit il est probable que dans la rue, à la rentrée, l'addition soit salée pour le gouvernement.

Aurélié Haroche
Publié dans JIM le 10/07/2017

ANNONCES CONGRÈS

SFAR 2017, le SNIA y sera présent, passez nous rencontrer

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

24 au 26 janvier 2018 – Congrès Réanimation 2018 de la SRLF

Paris Expo Porte de Versailles.

Site : <http://reanimation-lecongres.com/fr/>

18 au 20 juin 2018 – Congrès Mondial des Infirmiers Anesthésistes

Budapest – HONGRIE

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

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



Ce service comprend :

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

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

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

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



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

N° Vert 0 800 00 69 62

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

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...

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 ressentez le besoin, de votre lieu de travail ou de votre domicile.

* Psychologue externe optionnel soumis au paiement de la prestation de 15 minutes

PSYA est certifié AFAQ ISO 9001 pour son « Centre d'Écoute Psychologique »



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

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



Le Centre Hospitalier François Quesnay à Mantes la Jolie (78) recrute des Infirmiers Anesthésistes Diplômés d'Etat

Etablissement proche de la gare SNCF et sortie de l'autoroute A13.
Bloc opératoire composé de 7 salles de chirurgie 9000 passages au bloc.

Différentes spécialités :

- Chirurgie orthopédique et traumatologique,
- Chirurgie digestive à orientation bariatrique,
- Chirurgie urologique,
- Chirurgie gynécologique,
- Chirurgie de spécialités : ORL, OPH, Stomatologie,
- Maternité niveau 2B + 2000 accouchements.

Horaires en 10 h et/ou en 12 h jour et nuit.

Postes à pourvoir rapidement.
Toutes les modalités de contrats seront étudiées (temps plein temps partiel).

Personne à contacter :

Yves Donnadille

Cadre Supérieur d'Anesthésie

Tel : 01 34 97 41 15

y.donnadille@ch-mantes.fr



Le Centre Hospitalier De Créteil Recrute IADE Pour Son Bloc Opératoire

Activités :

Pédiatrie, gynécologie, maternité, chirurgie digestive, urologie, ophtalmologie, plastique, ORL-OPH et stomatologie.

Diversité des interventions avec des services universitaires.

Techniques d'hypnose et ateliers de simulation.

Politique dynamique de formation continue interne et externe.

Possibilité de rachat de contrat.

Pour obtenir des renseignements concernant l'établissement et le service contacter :

Mme PAIN cadre supérieur de pôle au 01 57 02 26 27

Mme DUHEM - ROUSSEAU cadre sup IADE au 01 45 17 54 41



CV à envoyer au secrétariat
de la Direction des Soins
stephanie.delattre@chicreteil.fr
Tél. : 01 45 17 20 40



Hôpital européen Georges-Pompidou

L'hôpital européen Georges-Pompidou recrute des infirmier(e)s anesthésistes

24 salles d'intervention sur 3 étages dont 1 robotique et 1 salle interventionnelle de bloc opératoire.

Nos spécialités chirurgicales : programmées et urgences

- | | |
|---------------------------|-------------------|
| Digestives | Thoracique |
| Gynécologiques | Urologique |
| Plastie et reconstruction | Cardio-vasculaire |
| Orthopédique - Rachis | ORL |

Rejoignez nos équipes
chirurgicales



Envoyez votre candidature à Catherine Cioaca - Cadre supérieur de santé
catherine.cioaca@aphp.fr - 01 56 09 31 14

Retrouvez la fiche détaillée dans la rubrique recrutement : <http://hopital-georgespompidou.aphp.fr/>

ASSISTANCE
PUBLIQUE HÔPITAUX
DE PARIS





Centre Hospitalier Intercommunal
Robert Ballanger

Le Centre Hospitalier Intercommunal Robert Ballanger (CHIRB)

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

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

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

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

Lettre de motivation et CV à adresser à :

secret.dirsoins@ch-aulnay.fr
Monsieur le Directeur des Ressources Humaines du
Centre Hospitalier Intercommunal Robert BALLANGER
Boulevard Robert BALLANGER
93602 AULNAY-SOUS-BOIS CEDEX

Pour toutes informations, contacter :

Madame MILLIET
Directrice des Soins
Tél. du secrétariat : 01 49 36 70 08



Le Centre Hospitalier Annecy Genevois (CHANGE)
recherche des :

Infirmier(e)s Anesthésistes



Site d'Annecy : Bloc polyvalent de 14 salles opératoires dont la chirurgie cardiaque et la neurochirurgie.

Site de Saint Julien : Bloc polyvalent de 5 salles opératoires.

Qualifications : Diplôme d'Etat Infirmier(e) Anesthésiste.

Contact : ds.secr@ch-annecygenevois.fr



Le centre hospitalier de Bourg en Bresse
recrute à la rentrée 2017

0.5 poste d'IADE

2 postes d'IADE sur poste de remplacement

Contrat à durée déterminée

Le bloc opératoire comporte 9 salles (spécialités ORL, Ophtalmologie, Orthopédie, Traumatologie, Viscérale, vasculaire, Urologie, Thoracique, Gynécologie, Obstétrique, Endoscopie)

Astreintes et permanences.

Deux types d'horaires : 7h30 et 10h.

Pour tout renseignement complémentaire, vous pouvez contacter I. Vernoux,
Cadre de Santé au Bloc opératoire - Tél. : 04.74.45.42.02.

Votre candidature est à envoyer au Centre Hospitalier de BOURG EN BRESSE,
Direction des Ressources Humaines

900 route de Paris CS 90401 01012 BOURG EN BRESSE CEDEX



LE CHU DE BESANCON RECHERCHE UN PERFUSIONNISTE H/F



Pour tout renseignement concernant le poste, merci de contacter :

Mme Bondy - Cadre de santé au 03 81 66 94 78 ou par mail abondy@chu-besancon.fr

Les candidatures sont à adresser au plus tard le 15/09/17

Direction des Ressources Humaines - Centre Hospitalier Universitaire - 2, Place Saint Jacques - 25030 BESANCON
ou par mail : drh@chu-besancon.fr

Pour tout renseignement concernant les modalités de recrutement, merci de contacter :
le secrétariat de la DRH au 03 81 21 87 40

Poste à temps plein à pourvoir dès que possible au bloc CTCV.

Recrutement sous contrat ou par voie de mutation pour les titulaires de la fonction publique hospitalière.

Rémunération en fonction du grade et de l'expérience + astreintes.

La Maison de Santé Protestante de Bordeaux Bagatelle est une Fondation privée, à but non lucratif, créée en 1863 et reconnue d'utilité publique en 1867.

Votre candidature devra être adressée
par mail à i.robertou@mspb.com



Maison de Santé Protestante
de Bordeaux-Bagatelle
Fondation reconnue d'utilité publique depuis 1867



La Fondation a une vocation sanitaire, médico-sociale et sociale et compte plus de 1200 professionnels sur différents sites localisés en Gironde. Elle gère et anime 10 établissements, dont un Etablissement de Santé Privé d'Intérêt Collectif (ESPIC sous FIDES) qui regroupe un Hôpital de 250 lits de médecine, chirurgie, obstétrique et de soins de suite et réadaptation.

tion, un Hôpital à Domicile (200 places), un établissement de Soins de Suite et de Réadaptation (70 lits), une Cellule DomCare, un EHPAD, une crèche collective, un centre socio-culturel, un centre de santé et un Institut de Formation et d'un Groupement de Coopération Sanitaire de Moyens (GCS) BAHIA depuis septembre 2012.

La Fondation recherche un(e) Infirmier(ère) Anesthésiste Diplômé(e) d'Etat expérimenté(e) en CDD à temps complet pour le mois de septembre 2017.

Vos missions sont :

- Réaliser des soins infirmiers dans le domaine de l'anesthésie, de la réanimation.
- Gérer la prise en charge de la douleur.

Vous devrez faire preuve d'organisation, de discrétion, de sens d'analyse et de planification, de respect des règles de circulation patient/personnel dans le secteur opératoire.

L'activité se déroule en semaine et en journée. Pas de garde ni d'astreinte.



Les HÔPITAUX DE CHARTRES (28)
3^{ème} établissement de la Région Centre - 45mn de PARIS

RECRUTENT DES INFIRMIERS ANESTHESISTES H/F (IADE)

Pour tout renseignement contacter :

Monsieur le Coordonnateur Général des Soins - 02 37 30 30 26

Adresser lettre de motivation et CV aux :

Hôpitaux de Chartres à l'attention de Monsieur le Coordonnateur Général des Soins
Direction des Soins - B.P. 30407 - 28018 CHARTRES CEDEX



Les Hôpitaux de Chartres

ME

Medi-Emploi Sàrl

Placement de personnel paramédical

Recherche
pour la Suisse

Infirmer(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 16 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



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 - traumatologie-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 !**



La Clinique Ambroise Paré de Conakry (Guinée)

recrute un IADE

Pour le compte d'une société minière spécialisée dans l'exploitation de la bauxite, située près de la ville de Boké. L'IADE travaillera en alternance dans le centre médical de la base vie et sur les chantiers de construction. Il aura un collègue IADE, les deux seront les coéquipiers d'un médecin urgentiste.

Ses rotations seront de 6 semaines d'activité et 3 semaines de repos avec retour en France.

Le poste est à pourvoir rapidement.

Merci de contacter le Directeur Général de la clinique,
Dr SAAD au **00 224 628 35 10 10**
ou par email capconakry@yahoo.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