

# **L'I.A.D.E.**

## **Acteur de la formation aux gestes d'urgence**



**BARBE Emmanuel**

**Ecole d'infirmier anesthésiste  
CHU de Bordeaux  
Promotion 2004-2006**

## - **Résumé :**

Ce travail a pour objectif de mettre en évidence en quoi l' I.A.D.E. exerçant au sein des services de réanimation peut être un acteur privilégié pour assurer une formation aux gestes d'urgence destinée aux professionnels paramédicaux de ces services.

Ce type de formation est désormais une nécessité dans les établissements de santé. Des études portant sur les connaissances en terme de prise en charge de l'urgence montrent que les soignants y font face avec difficulté malgré l'existence de structures assurant leur formation. Le nombre de soignants à former et la nécessité de réaliser des sessions de réactualisation rendent cette tâche difficile.

Les I.A.D.E. de réanimation peuvent s'avérer des maillons prépondérants dans la chaîne de formation des soignants exerçant dans ces services.

La connaissance du secteur de soin, de ses spécificités ainsi que l'expérience professionnelle en matière d'urgence sont des atouts pour l'I.A.D.E. qui pourra réaliser des sessions de formation dont le contenu s'articulera directement avec la pratique professionnelle des soignants en formation. Cependant, L'I.A.D.E. rencontre des difficultés à structurer la session de formation lorsqu'il assure le rôle de formateur aux gestes d'urgence, à cause d'une connaissance imparfaite des références utilisées pour réaliser ce type d'enseignement et d'une maîtrise insuffisante des techniques pédagogiques. Ces difficultés pourraient s'estomper avec la participation des I.A.D.E. à des enseignements sur la pédagogie appliquée aux formations aux gestes d'urgences.

## **- Liste des sigles :**

S.F.A.R. : Société française d'Anesthésie Réanimation.

I.A.D.E. : Infirmier Anesthésiste Diplômé d'Etat.

C.E.S.U. : Centre d'Enseignement des Soins d'Urgence.

I.D.E. : Infirmier(e) Diplômé d'Etat.

P.L.S. : Position Latérale de Sécurité.

D.S.A. : Défibrillateur Semi Automatique.

A.F.P.S. : Attestation de Formation aux Premiers Secours.

C.F.A.P.S.E. : Certificat de Formation aux Activités de Premiers Secours en Equipe.

# Sommaire :

- <b>Introduction.</b>	<b>1</b>
- <b>Exposé du sujet :</b>	<b>2</b>
o Cas clinique.	2
o Implications professionnelles et questionnement.	4
- <b>Cadre conceptuel :</b>	<b>5</b>
o L'infirmier anesthésiste.	5
▪ Cadre réglementaire.	5
▪ L'I.A.D.E. en réanimation.	5
▪ Formation menant au diplôme d'I.A.D.E.	6
o Formation :	7
▪ Définition.	7
▪ Formation de l'adulte.	7
▪ Formateur.	9
o Gestes d'urgence :	10
▪ Définition.	10
▪ Cadre réglementaire :	10
• Obligation des établissements.	10
• Modalités de formation.	11
o Personnel paramédical :	12
▪ Définition et cadre réglementaire.	12
▪ Connaissances des gestes d'urgence.	14
- <b>Analyse :</b>	<b>16</b>
o La formation aux gestes d'urgence des personnels paramédicaux.	16
o La place de l'I.A.D.E. de réanimation dans le projet de formation.	17
o L'I.A.D.E en tant que formateur aux gestes d'urgences.	17
o Réponse au questionnement.	20
- <b>Conclusion.</b>	<b>21</b>

## **- Introduction :**

La qualité de la réponse à l'urgence intra hospitalière est une préoccupation qui doit impliquer l'ensemble des personnels soignants. Des études montrent que ces derniers ne sont pas suffisamment formés ou informés pour y répondre avec efficacité. La situation servant de point de départ à ce travail illustre l'implication des I.A.D.E. de réanimation dans la remise à niveau des soignants y exerçant. Lors de cette session de formation, les I.A.D.E. ont rencontré des difficultés pour transmettre un contenu clair et homogène mais ont néanmoins su satisfaire les apprenants en répondant à leurs préoccupations quotidiennes. Cette fonction de formateur diffère de la pratique professionnelle de la plus part des I.A.D.E. mais semble répondre à un besoin des services de soins. Il m'a donc paru intéressant de m'interroger sur l'intérêt de missionner cet infirmier spécialisé afin qu'il réponde à un besoin de formation des personnels paramédicaux aux gestes d'urgence en réanimation.

## - Exposé du sujet :

### o Cas clinique :

Cette situation se situe dans un service de réanimation et de soins attentifs au sein duquel exercent des IADE.

Dans le cadre d'un projet de formation interne au service, les IADE se sont vus confier la réalisation de sessions de formation aux gestes d'urgence dont le public se compose des infirmiers (es) (IDE), aides soignants (AS) et stagiaires du service.

Pour réaliser ces sessions de formation, les IADE se sont interrogés sur différents sujets :

- Le public concerné :

Quelles sont les connaissances des IDE et AS concernant les gestes d'urgences ?

Quelles sont les attentes de ces professionnels en matière de formation ?

Les IADE ont eu du mal à cerner les attentes de ces professionnels en matière de formation aux gestes d'urgence même si le projet d'enseignement partait du postulat que les professionnels étaient insuffisamment sensibilisés à la prise en charge de l'urgence.

- Quelle définition donner à la thématique « gestes d'urgence » ?

Les professionnels ont décidé de centrer leur formation sur l'alerte et la réanimation cardio-pulmonaire.

- Quels doivent être les objectifs de la formation ?

Les IADE ont défini plusieurs objectifs tels que sensibiliser les professionnels à la prise en charge de l'urgence, leur indiquer les modalités d'alerte en place dans le service, leur faire manipuler le matériel de ventilation instrumentale par masque et les initier à la réanimation cardio-pulmonaire (RCP).

- Quels sont les moyens nécessaires à la réalisation de cette formation ?

Après réflexion, la liste suivante fut élaborée :

- Une salle de réunion du service.
- Un support écrit sur diaporama pour l'apport théorique.
- Trois mannequins d'entraînement aux manœuvres de RCP.
- Trois ballons auto remplisseurs à valve unidirectionnelle (BAVU), une bouteille d'oxygène, un plateau d'intubation complet et un dispositif d'aspiration.
- Trois IADE et un médecin comme formateurs.

La réalisation du support de formation s'est appuyée sur une recherche bibliographique, sur l'expérience et les connaissances professionnelles des IADE.

Son élaboration a suscité plusieurs questionnements comme :

- A quoi va-t-il servir lors de la session de formation ?
- Quel doit être son contenu ?
- L'algorithme décisionnel et les gestes décrits sont-ils issus des dernières recommandations sur le sujet ?

La session de formation s'est déroulée avec un groupe de douze professionnels. La séance a duré une heure et demie. Une première partie a concerné l'apport théorique sur les gestes d'urgence : alerte, réanimation cardio-pulmonaire. Le support théorique préparé avec des dessins explicatifs n'a pas été utilisé pour illustrer les propos. Les IADE ont verbalisé la difficulté à transmettre un savoir devant un groupe de manière claire simple et didactique.

Il n'y a pas eu de démonstration commentée réalisée par les formateurs.

La majeure partie du temps a été consacrée à la pratique des gestes par les professionnels en formation. Cette période a été animée en sous-groupes.

Un groupe a commencé la pratique par la prise de contact avec le patient alors qu'un autre a débuté l'apprentissage par la ventilation instrumentale au masque.

Pour un groupe la libération des voies aériennes a été abordée comme la bascule de la tête en arrière avec surélévation du maxillaire inférieur alors que pour un autre, elle comportait la levée des compressions vestimentaires, le contrôle de l'absence d'obstruction de la bouche puis seulement les manœuvres décrites au premier groupe.

Lors de la réalisation des compressions thoraciques, le positionnement des mains a été expliqué variablement et le rythme des compressions (cent par minute) a été interprété de manière différente selon les formateurs.

Les formateurs ont eu des difficultés à trouver les limites de l'enseignement et des justifications à apporter aux « apprenants » compte tenu du temps imparti pour la réalisation de cette session de formation.

Il est important de noter qu'il s'agissait de la première expérience de formation aux gestes d'urgence pour les formateurs.

A l'issue de cette séance les professionnels en situation d'apprentissage ont confié leur satisfaction d'avoir pu bénéficier de cette session de formation qui selon eux leur a apporté des éléments utiles à leur pratique professionnelle. La majorité des participants souhaitait bénéficier de nouvelles séquences avec pour objectif d'approfondir leurs connaissances et de perfectionner leur dextérité.

Cette situation met en évidence la difficulté de réaliser un enseignement concernant les gestes d'urgence pour des professionnels qui pratiquent un certain nombre de ces manœuvres au cours de leur exercice et qui ont reçu des enseignements théoriques leur permettant de faire les liens nécessaires à la transmission de ce savoir et de ces pratiques.

### ○ **Implications professionnelles et questionnement :**

La démarche qualité initiée dans les hôpitaux implique une prise en charge de l'urgence efficiente par des personnels formés. Les soignants présents en réanimation sont au premier rang des professionnels confrontés à l'urgence compte tenu des patients qu'ils prennent en charge.

Les recommandations de la Société française d'Anesthésie Réanimation (SFAR) concernant le rôle de l'I.A.D.E. indique que même si sa présence n'est pas indispensable en réanimation, « ... *L'I.A.D.E. peut néanmoins apporter un complément de compétence...* » et « *L'I.A.D.E. est tout spécialement habilitée à prendre un poste d'encadrement dans ces unités...* » (SFAR/ janvier 1995), il est donc important sur le plan de la recherche professionnelle de se poser la question de savoir ce que l'I.A.D.E. peut apporter au sein des services de réanimation dans le cadre des missions qui lui sont confiées.

D'où l'intérêt de s'interroger sur la place de l'I.A.D.E. dans l'enseignement aux gestes d'urgence en se posant la question :

**En quoi les I.A.D.E. exerçant au sein des services de réanimation peuvent être des acteurs privilégiés pour assurer une formation aux gestes d'urgence destinée aux professionnels paramédicaux de ces services ?**

## - **Cadre conceptuel :**

### o L'infirmier Anesthésiste :

#### ▪ Cadre réglementaire :

La profession d'infirmier anesthésiste est régit par le Code de la Santé Publique, Livre III, Titre Ier, Chapitre Ier, Section 1: Article R.4311-12. Cet article définit le champ de compétence exclusif de l'I.A.D.E. dans le domaine de l'anesthésie générale, loco-régionale et de la réanimation per-opératoire. Il définit également les actes préférentiellement réalisés par celui-ci comme les transports sanitaires dans le cadre des Services Mobiles d'Urgence et Réanimation. Cet article précise la relation entre I.A.D.E. et médecin anesthésiste-réanimateur en indiquant clairement que l'I.A.D.E. ne peut appliquer les soins relevant de sa compétence spécifique que sous la responsabilité d'un médecin spécialisé en anesthésie réanimation.

Ce texte a fait l'objet d'un commentaire par la S.F.A.R. afin d'en clarifier l'interprétation pour que la lecture en soit uniforme et que la sécurité et la qualité des soins apportés aux patients soient optimales. Ces textes restent assez généraux et n'abordent pas l'ensemble des types d'exercices de l'I.A.D.E. Dans un texte de janvier 1995, la S.F.A.R. précise le rôle de l'I.A.D.E. selon son affectation.

#### ▪ L'I.A.D.E. en réanimation :

La S.F.A.R. mentionne que sa présence dans ces services n'est pas indispensable mais peut néanmoins apporter « *...un complément de compétence...* » (S.F.A.R., 1995) et que « *L'I.A.D.E. est tout spécialement habilité à prendre en charge un poste d'encadrement dans ces unités.* » (S.F.A.R., 1995). Cette phrase ne signifie pas que l'I.A.D.E. doit se substituer au cadre de santé mais que dans son domaine de compétence, celui-ci peut coordonner la prise en charge des urgences en attendant l'intervention d'un médecin : « *...gestes de première urgence en attendant l'arrivée du médecin* » (SFAR, 1995) ou assurer le transfert de savoir auprès des professionnels travaillant dans ces unités : « *assurer l'encadrement et la formation d'adaptation à l'emploi des nouveaux arrivants.* » (Martine Nicolet, 2003). L'I.A.D.E. trouve sa légitimité dans ces missions de part sa maturité professionnelle, acquise lors de son exercice obligatoire comme infirmier diplômé d'état pendant deux années au moins avant de présenter le concours d'entrée à l'école d'infirmier anesthésiste. Le programme des deux années de formation préparant au diplôme d'état d'infirmier anesthésiste ne fait que potentialiser cette maturité.

▪ Formation menant au diplôme d'I.A.D.E. :

Au cours de sa formation l'I.A.D.E. reçoit un ensemble de savoirs théoriques et pratiques énumérés par l'annexe 1 de l'arrêté du 17 janvier 2002 relatif à la formation conduisant au diplôme d'état d'Infirmier Anesthésiste.

Dans le domaine de l'urgence et de la réanimation l'I.A.D.E., doit être capable d' « assurer la prise en charge de la personne soignée au cours : ... des situations de réanimation, ... des situations d'urgence... » (République Française, 2002). Pour cela la formation prévoit des périodes de stage en réanimation, au sein des SAMU et optionnellement dans les services d'accueil des urgences. Ces périodes de formations sont complétées par des enseignements théoriques concernant les détresses et leur prise en charge: « *Etats de détresse : bilan, prise en charge pré-hospitalière, transport et accueil hospitalier : détresse respiratoire, détresse cardio-vasculaire, détresse neurologique, détresse métabolique.* » (République Française, 2002).

Dans sa pratique quotidienne l'I.A.D.E. remplit des missions de formation auprès des étudiants suivant l'enseignement conduisant au diplôme d'I.A.D.E. ou au diplôme d'état d'infirmier. Cette pratique nécessite des connaissances dans le domaine de la formation afin d'élaborer les objectifs de formation avec l'étudiant, de permettre l'apprentissage pratique, la mise en œuvre des connaissances théoriques acquises par celui-ci et l'évaluation de ses capacités professionnelles en fonction de son niveau de formation. L'I.A.D.E. peut également être amené à intervenir dans le cadre de la formation théorique dans les écoles d'Infirmiers Anesthésistes. Afin d'assurer ces missions avec le plus de discernement possible la formation initiale des I.A.D.E. comporte des enseignements théoriques sur la pédagogie autour des notions d' « *Alternance et la formation professionnelle, l'adulte en formation, l'évaluation dans la formation* » (République Française, 2002).

La S.F.A.R. indique que dans le cadre de la formation continue obligatoire, l'I.A.D.E. doit se voir proposer des sessions de formation touchant à d'autres thèmes que l'anesthésie réanimation comme : « *...pédagogie, méthodologie, gestion, éthique...* » (SFAR, 1995).

Ces enseignements sont autant d'outils qui renforcent les compétences de l'I.A.D.E. dans le cadre de la urgence, la réanimation et la pédagogie.

## ○ **Formation:**

### ▪ Définition :

La formation est un mode de communication pour lequel se retrouve les trois constituants fondamentaux de tout moyen d'échange : l'émetteur, le message et le récepteur. Dans ce processus de communication, le message est un savoir nouveau, sous forme de connaissances, de compétences et ou de qualifications nouvelles.

La formation est un système général qui se décline en sous systèmes en fonction notamment des caractéristiques du message et du public concerné.

Les systèmes de formation scolaire, professionnelle, culturelle et de l'adulte ont été décrits.

### ▪ La formation de l'adulte :

La formation de l'adulte se définit comme l'action pédagogique permettant "..., à partir de son expérience vécue et de ses connaissances acquises, de lui permettre d'acquérir les éléments de tous ordres qui lui donneront la possibilité, en modifiant son savoir être, d'une réalisation plus complète de lui-même dans une adaptation authentique et réaliste pour lui-même, à son milieu."(Besnard, Lietard; 1976).

La formation de l'adulte est le plus souvent en lien avec son emploi et s'inscrit dans des programmes de formation continue. Le but de ces programmes est l'accès à de nouveaux savoirs, de nouvelles compétences ou l'acquisition de nouvelles qualifications. Ces séances doivent s'articuler avec la pratique professionnelle du sujet, raison pour laquelle elles font partie intégrante d'un projet visant à permettre l'apprentissage d'un savoir précis en un temps donné afin de satisfaire un besoin mis en évidence.

Le bénéficiaire de la formation étant l'adulte, il faut s'intéresser à sa spécificité en formation.

Sur le plan bio-psycho-social, il se définit comme un individu ayant atteint le terme de sa croissance et étant reconnu comme responsable de ses actes, ayant acquis de la maturité et un statut social reconnu. Cependant, *"il paraît préférable de parler de maturités spécifiques plutôt que de maturité générale, c'est-à-dire, en d'autres termes, de l'acquisition de "maturité" sur certains plans qui ne vont pas de pair avec l'acquisition de maturité sur tous les plans."* (Besnard, Lietard; 1976). Cette vision de l'âge adulte introduit la notion d'hétérogénéité de niveau des publics adultes ce qui nécessite une approche individualisée de l'apprenant.

L'adulte, compte tenu de son parcours personnel et professionnel est le dépositaire d'un *"savoir expérientiel"* (Besnard, Lietard; 1976) qui est un outil primordial

lors de son implication dans une démarche de formation. Toutefois, le formateur doit rester vigilant car ses connaissances ne sont pas toutes fondées sur des fondamentaux irréfutables, et les justifications des attitudes ou des gestuelles sont parfois plus du domaine de l'habitude et des représentations que de la connaissance. *"Ces représentations apparaissent rarement isolées et l'adulte aura tendance à les associer, à les articuler afin d'atteindre un minimum de cohérence: il crée ainsi un véritable système explicatif personnel sans rapport avec l'explication scientifique des phénomènes."* (Besnard, Lietard; 1976).

De ce constat, s'est développé, la théorie de l'erreur qui vise à utiliser les "fautes" de l'apprenant dans le but de mettre en évidence la démarche intellectuelle qui lui a permis d'en arriver à cette erreur afin de la corriger; *"... car il est plus efficace de rectifier une démarche productrice d'erreur que de corriger une à une toutes les erreurs que cette démarche ne manquera pas de reproduire."* (Migne, 1970).

Le savoir expérientiel peut également être un frein à l'apprentissage dans le sens où il fait référence à des préjugés et des réponses stéréotypées trouvant leurs origines sur le lieu de travail qui *"...encourage plus souvent les routines de pensée, les modules d'action que l'adaptabilité et la souplesse cognitive."*(Besnard, Lietard; 1976).

Cependant l'expérience aura un côté bénéfique permettant à l'adulte de compenser la *"viscosité mentale"* (*"...un déclin progressif dû au vieillissement..."*) (Besnard, Lietard; 1976) par l'appropriation des connaissances en fonction des besoins qu'il en aura après la formation. Il assure ainsi la rentabilisation des efforts d'apprentissage.

Ce mécanisme d'apprentissage permet notamment d'expliquer le recours fréquent des adultes à la *"formation informelle"* (Niewiadomski; 2002). Ce procédé permet à l'adulte de s'approprier des savoirs tout en les remettant dans le contexte de leur utilisation.

Élément primordial, dans le cadre de la formation de l'adulte, la motivation est essentielle car elle permet de donner du sens à la formation et c'est ce sens qui permet à l'apprenant de s'inscrire dans un projet et d'assurer son assiduité.

- Le formateur :

Dans la dynamique de la formation, le formé est en relation avec le formateur dont le rôle est essentiel pour un apprentissage satisfaisant. Il est l'acteur qui doit organiser la session de formation.

Il doit déterminer les objectifs de l'enseignement dispensé en lien avec les responsables du personnel en tenant compte du public concerné.

Lorsque les objectifs globaux de la formation sont déterminés, le formateur doit s'assurer de la disponibilité des éléments logistiques indispensables tels que les locaux et le matériel de formation.

Dans la perspective d'une efficacité maximale dans le temps imparti pour la session de formation, le formateur se doit "*d'apprendre à apprendre*" (Goudeaux, Loraux, Sliwka ;2003) afin d'énoncer clairement et distinctement le savoir qu'il cherche à communiquer. Ce concept touche à la mise en forme du savoir transmis, celle-ci devra d'ailleurs être adaptée au public concerné.

Apprendre à apprendre va au-delà de la formation du formateur lui-même, c'est aussi une orientation pédagogique selon laquelle dans le monde actuel, les savoirs deviennent vite obsolètes et il est donc nécessaire pour le chargé de formation d'assurer la transmission au formé d'une méthode d'apprentissage au-delà du seul savoir. Cette notion est particulièrement intéressante dans le milieu de la santé où les progrès scientifiques amènent un renouvellement fréquent des pratiques.

L'évolution des connaissances scientifiques doit amener le formateur à remettre en question son savoir afin de dispenser une formation à jour en terme de références.

Dans le cadre de la formation pour adulte, le formateur doit tenir compte du savoir expérientiel du formé. Il doit accepter l'échange avec les apprenants afin de ne pas rompre le fil de la communication qui est le maître mot en terme de formation. Pour permettre à l'apprenant d'acquérir un savoir structuré sans effacer ses apprentissages antérieurs le formateur doit pouvoir utiliser la théorie de l'erreur et placer le savoir à transmettre "... en perspective : c'est à dire ... qu'il soit possible de raconter son histoire, narrer ses origines, ... ses limites et ses transformations."( Goudeaux, Loraux, Sliwka ;2003).

## ○ **Gestes d'urgence :**

### ▪ Définition :

Définir le terme de gestes d'urgence nécessite de préciser la signification d'urgence dans ce contexte. L'urgence est entendue dans ce domaine comme urgence vitale. Cette dénomination d'urgence vitale a été définie par une conférence d'expert de la S.F.A.R. datant de 2004 sur les recommandations pour l'organisation de la prise en charge des urgences vitales intrahospitalières.

*« Elle s'applique aux urgences vitales, et plus particulièrement à l'arrêt cardiaque (AC). Elle ne concerne ni les urgences non vitales ni la permanence des soins qui relèvent de l'organisation des services et de leurs responsables. Les urgences vitales sont représentées par la survenue d'une détresse pouvant conduire à tout instant à un AC »* (S.F.A.R., 2004).

Cela implique que les gestes d'urgence regroupent l'ensemble des techniques validées concourant à pallier à un arrêt cardiaque ou visant à corriger une détresse pouvant aboutir à cet état.

### ▪ Cadre réglementaire :

#### • **Obligations des établissements :**

L'A.N.A.E.S. indique dans le manuel d'accréditation version 2 de septembre 2004, référence 33c que : « La prise en charge des urgences vitales survenant dans l'établissement est assurée : elle est possible dans n'importe quel secteur d'activité d'un établissement de santé ; une organisation tant en personnel (réfèrent, formation, etc.) qu'en matériel (chariot d'urgence contrôlé à périodicité définie, système d'alerte...) est mise en place et évaluée régulièrement pour juger de son efficacité. »(A.N.A.E.S., 2004). Pour obtenir l'accréditation et se trouver en régularité avec la loi, les établissements se doivent de remplir cette obligation. Ils doivent mettre en œuvre tous les moyens nécessaires à sa satisfaction.

La S.F.A.R. a édité des recommandations afin que les établissements satisfassent à ce critère de qualité et que le pronostic de l'arrêt cardiaque en intrahospitalier s'améliore significativement (Il est aujourd'hui proche de celui de l'arrêt cardiaque en extrahospitalier). Celles-ci touchent plusieurs domaines comme l'organisation de la structure, l'approvisionnement en matériel, la formation des personnels et l'implication de l'ensemble du personnel de la structure (cf. annexe 1).

Ces recommandations posent le problème de la formation des personnels soignants aux gestes d'urgence.

- **Modalités de Formation :**

Le grand public a la possibilité de se sensibiliser et de se former aux gestes d'urgence par le biais de l'Attestation de Formation aux Premiers Secours qui est délivrée à toute personne ayant suivi une formation théorique et pratique de 10 heures. Celle-ci est dispensée par un moniteur national de premiers secours membre d'une association habilitée, en suivant les recommandations du guide national de référence publié par le Ministère de l'Intérieur. Les médecins, chirurgiens-dentistes, pharmaciens, vétérinaires, sages femmes et infirmiers(es) sont dispensés de cette formation par la note d'information 394/DSC 8 du 25 mars 1993.

Les secouristes bénévoles ou professionnels doivent être titulaires du Certificat de Formation aux Activités de Premiers Secours en Equipe, délivré au terme d'une formation d'une durée de 48h. La formation et l'évaluation sont réalisées par des moniteurs nationaux de premiers secours titulaires du CFAPSE et par un médecin référent. La validité de cette formation est assujettie au suivi d'un programme de réactualisation des connaissances sur 5 ans. En février 2006, les textes régissant cette formation ont été modifiés et le programme d'enseignement est en cours de validation.

Le Monitorat National de Premiers Secours est une formation d'ordre pédagogique. Elle a pour but de permettre à son titulaire d'appréhender les notions de pédagogie lui permettant d'articuler l'organisation et la dispensation d'une formation de secourisme. Les élèves moniteurs s'exercent aux techniques d'enseignement avec le programme de l'A.F.P.S. Cette formation se dispense sur une durée de 50 heures. Le moniteur national de premiers secours est autorisé à enseigner les formations amenant aux diplômes dont il est lui-même titulaire.

Ces formations sont sous la tutelle du ministère de l'intérieur et élaborées en lien avec l'Observatoire National du Secourisme. Elles ne sont pas directement destinées aux professionnels de santé.

Les programmes des formations initiales des personnels paramédicaux intègrent des modules de formation théorique et pratique sur le thème de la réalisation des gestes d'urgence. Le contenu de ces modules n'est pas précisé par les modalités de formation. Ce sont les instituts de formation qui déterminent leur déroulement.

Depuis un peu plus de trente ans, un service rattaché aux S.A.M.U. des C.H.U. a pour mission d'assurer et de compléter les formations aux gestes et soins d'urgence des professionnels de santé. En 1973, par arrêté est créé le C.E.S.U. qui a d'abord pour mission d'assurer la formation menant au certificat de capacité d'ambulancier. Par la suite

les missions du C.E.S.U. se sont étendues à la formation "...aux gestes et aux soins d'urgence dans le cadre de la chaîne médicale de secours. Il participe également à la recherche en soins d'urgence. Il n'a pas vocation à former le grand public. Les bénéficiaires sont en priorité les professionnels de santé..." (C.E.S.U. XIXème colloque national, 2001).

Dans l'organisation des C.E.S.U., l'ensemble des personnels formateurs sont des personnels médicaux, paramédicaux ou ambulanciers ayant de surcroît bénéficié de formations à la pédagogie. Les méthodes d'enseignement utilisées s'apparentent à la pédagogie dite active centrée sur l'apprenant avec des mises en situations pratiques et des périodes de démonstrations commentées. Ces techniques d'enseignements ressemblent à celles employées en A.F.P.S. et en C.F.A.P.S.E.. Toutefois, ces formations s'adressant à des professionnels de la santé, plus souvent confrontés à l'urgence vitale, l'accent doit être mis sur la qualité des connaissances acquises qui doivent être évaluées et assujetties à la "...délivrance de diplômes reconnus comme équivalents aux diplômes de secourisme labellisés...." (C.E.S.U. XIXème colloque national, 2001).

#### ○ **Personnel paramédical:**

##### ▪ Définition et cadre réglementaire :

Le personnel paramédical est composé de l'ensemble des professionnels auxiliaires de santé qui exercent une des quatorze professions reconnues par le Ministère de la Santé. Au sein d'un service de réanimation, ce personnel est principalement composé d'infirmiers(ères), kinésithérapeutes, manipulateurs(rices) en électroradiologie et d'aides soignants(es). Dans le domaine des gestes d'urgence, les textes réglementaires relatifs aux professions paramédicales indiquent les compétences attendues pour chacune.

Concernant les infirmiers, deux textes issus du Code de la Santé Publique clarifient le rôle de ces soignants face à une situation d'urgence.

Les règles professionnelles indiquent l'obligation faite à l'infirmier de "*porter assistance aux malades ou blessés en péril*" (Code de la santé publique). Le texte concernant les actes professionnels indique quelles sont les attributions lui permettant de remplir cette mission. L'article 4311-5 relatif au rôle propre de l'infirmier mentionne que "*dans le cadre de son rôle propre, l'infirmier ou l'infirmière assure les actes ou dispense les soins suivants visant à identifier les risques et à assurer le confort et la sécurité de la personne et de son environnement et comprenant son information et celle de son entourage:...ventilation manuelle instrumentale par masque...utilisation d'un défibrillateur*

*semi-automatique et surveillance de la personne placée sous cet appareil...surveillance des fonctions vitales et maintien de ces fonctions par des moyens non invasifs et n'impliquant pas le recours à des médicaments..."* (Code de la santé publique).

Cet article indique que l'infirmier est habilité dans le cadre de son rôle propre à mettre en œuvre une réanimation cardio-pulmonaire avec mise en œuvre d'un défibrillateur semi-automatique après avoir reconnu la nécessité de l'application de ces techniques.

Deux autres articles de ce texte font mention du rôle de l'infirmier dans la mise en place des gestes d'urgence. Il s'agit de l'article 4311-10 concernant l'assistance du médecin dans la réalisation de toutes *"...actions mise en œuvre en vue de faire face à des situations d'urgence vitale"* (Code de la santé publique).

Le second article concerné est le 4311-14 qui décrit le rôle de l'infirmier en situation d'urgence en l'absence d'un médecin. Cet article se décompose en deux parties, la première relève des situations où l'infirmier dispose de protocoles de soins à appliquer après avoir dépisté une situation relevant de l'urgence. Dans ce cas, *"...l'infirmier ou l'infirmière est habilité, après avoir reconnu une situation comme relevant de l'urgence ou de la détresse psychologique, à mettre en oeuvre des protocoles de soins d'urgence, préalablement écrits, datés et signés par le médecin responsable. Dans ce cas, l'infirmier ou l'infirmière accomplit les actes conservatoires nécessaires jusqu'à l'intervention d'un médecin. Ces actes doivent obligatoirement faire l'objet de sa part d'un compte rendu écrit, daté, signé, remis au médecin et annexé au dossier du patient."* (Code de la Santé publique).

La seconde partie de cet article concerne les situations dans lesquelles l'infirmier ne dispose pas de protocole à appliquer. Dans de telles circonstances l'infirmier est habilité à décider des gestes à *"...pratiquer en attendant que puisse intervenir un médecin. Il prend toutes mesures en son pouvoir afin de diriger la personne vers la structure de soins la plus appropriée à son état."* (Code de la Santé Publique).

Ces extraits de textes réglementaires montrent à quel point les professionnels infirmiers ont une place prépondérante dans la prise en charge de l'urgence et la mise en œuvre des gestes qui en découlent. Cette responsabilité est encore supérieure en l'absence d'un médecin sur les lieux. Ce devoir d'assistance et de soins implique une connaissance claire des gestes d'urgence et des recommandations concernant la prise en charge de l'urgence vitale.

La formation initiale des infirmiers prévoit comme le décrit l'annexe concernant le programme des études de l'arrêté du 23 mars 1992, le suivi d'un module d'enseignement concernant l'urgence, la réanimation et la transfusion sanguine. En outre, les règles professionnelles insistent sur la nécessité pour les infirmiers de maintenir leurs connaissances à niveau en mettant l'accent sur *"...le devoir d'actualiser et de*

perfectionner ses connaissances professionnelles..." (Code de la Santé Publique.) pour garantir au patient, qualité et sécurité des soins.

Les aides soignants pour leur part travaillent en collaboration avec les infirmiers et peuvent être amenés à accomplir des gestes relevant du rôle propre de l'infirmier comme le mentionne l'article R4311-4 concernant les actes professionnels infirmiers (cf. annexe 2). Cela implique que les aides soignants puissent participer à la "...surveillance des fonctions vitales et maintien de ces fonctions par des moyens non invasifs et n'impliquant pas le recours à des médicaments..." (Code de la Santé Publique), toujours en collaboration avec l'infirmier.

Le Kinésithérapeute au même titre que l'infirmier est habilité par le décret n° 96-879 du 8 octobre 1996 à, "en cas d'urgence et en l'absence d'un médecin, ...à accomplir les gestes de secours nécessaires jusqu'à l'intervention d'un médecin." (Code de la Santé Publique)

Il en va de même pour le manipulateur d'électroradiologie médicale qui selon le décret 97-1057 du 19 novembre 1997 "...accomplit, en cas d'urgence, les actes conservatoires nécessaires jusqu'à l'intervention du médecin." (Code de la Santé Publique)

- Connaissance des gestes d'urgence :

Des études tendent à prouver que le niveau de connaissance et de pratique du personnel paramédical dans la prise en charge des urgences vitales est insuffisant. Ce constat se base sur l'étude de deux enquêtes menées l'une au CHU de Rennes en 1990 et l'autre au CHU de Bordeaux en 2005.

En terme de formation, l'étude réalisée au CHU de Bordeaux confirme l'existence de sessions de formation aux gestes d'urgence lors des formations initiales puisque 99% des personnels affirment y avoir participé au moins sur le plan théorique. En terme de réactualisation des connaissances la moitié des agents (53%) indiquent ne jamais avoir bénéficié de ce type d'enseignement (Annexe 3). A ce pourcentage évocateur s'ajoute 20% supplémentaires n'ayant bénéficié d'aucun enseignement depuis plus de 3 ans. Notons que 88% des personnels ayant bénéficié de sessions de réactualisation sont satisfaits du contenu de la formation qu'ils aient ou non été volontaires.

Un cas particulier apparaît concernant la formation, il s'agit du D.S.A. pour l'utilisation duquel 74% des agents n'ont pas reçu de formation à ce jour au CHU de Bordeaux (Annexe 3). Ceci peut s'expliquer compte tenu de son arrivée tardive en France avec en 1989, l'avis favorable du comité d'éthique de l'ordre national des médecins qui ne sera suivi d'une mise en application par décret qu'en 1998 avec la description des règles d'utilisation du D.S.A. par des personnels non médecin. De plus, l'utilisation du D.S.A. n'est pas autorisée à tous les personnels paramédicaux.

En recoupant les deux enquêtes, il apparaît que 59% des personnels paramédicaux ont été un jour confrontés à une urgence vitale et ce pourcentage s'élève à 82% lorsque la question est posée aux infirmiers(es) (Annexe 3). L'enquête publiée par le CHU de Rennes met en évidence que 10% seulement des I.D.E. disent ne pas avoir de problème face à l'urgence alors même que 58% d'entre elles ont une expérience en réanimation ou soins intensifs. L'étude du CHU de Bordeaux mentionne que 83% des personnels interrogés pensent avoir été efficace lorsqu'ils ont été confrontés à une urgence vitale. Ces deux résultats peuvent être contradictoires ou alors mettre en évidence que penser avoir été efficace ne signifie pas se sentir à l'aise ou sûr de ces actes lorsque la situation se présente.

Néanmoins lorsque les enquêtes portent sur les connaissances théoriques des personnels, des résultats contradictoires apparaissent entre le ressenti des personnels et leurs réponses.

34% des personnels connaissent la définition exhaustive de l'hémorragie et 11.77% savent comment la stopper.

11% des agents connaissent les signes primitifs de l'étouffement et 3.24% peuvent citer le but de la manœuvre d'heimlich.

39.08% des interrogés ont pu citer les conditions de mise en P.L.S. et 36.42% connaissent le but de cette technique.

Concernant l'arrêt cardio-respiratoire, 72.49% des paramédicaux peuvent indiquer 3 signes cliniques permanents rencontrés lors de cette situation. Lorsque la question porte sur les gestes essentiels à réaliser en pareil cas dans les 3 premières minutes, 10.76% des agents sont capables de répondre correctement (Annexe 3). L'étude menée à Rennes démontre que 50% des I.D.E. ont notion des actions à mettre en œuvre en cas d'arrêt cardio-respiratoire mais seulement 10% d'entre elles savent les prioriser.

## - Analyse :

- o La formation aux gestes d'urgence des personnels paramédicaux :

La formation des personnels paramédicaux aux gestes d'urgences est en premier lieu dévolue aux instituts qui assurent la formation initiale des personnels. Cependant notons que le contenu minimum des enseignements délivrés n'est pas détaillé, ce qui peut donner lieu à des disparités de niveaux.

Lorsque les professionnels sont interrogés sur leurs connaissances théoriques en matière de symptomatologie ou de conduites à tenir, le taux de bonnes réponses semble insuffisant pour des agents dont la probabilité de rencontrer une situation d'urgence au cours de leur carrière dépasse 50%.

Au-delà du problème de la formation initiale, il est possible que la différence entre le taux de personnels formés et le nombre de professionnels ayant une réaction adaptée en situation d'urgence soit en relation avec un déficit de réactualisation des connaissances puisque les deux tiers des professionnels n'ont soit jamais bénéficié de session de remise à niveau soit celles-ci datent de plus de 3 ans. Pour l'ensemble de ces personnels, un nouveau temps de formation serait nécessaire afin de leurs permettre de réinvestir les notions préalablement apprises ou d'en acquérir de nouvelles issues des recommandations ou décrets publiés depuis leur dernière formation.

C'est notamment le cas du D.S.A. pour lequel moins de la moitié des infirmiers sont formés alors que leur décret de compétence leur permet son utilisation au titre de leur rôle propre.

L'organisme ayant vocation à former les personnels paramédicaux aux gestes d'urgence est le C.E.S.U.. A ce titre il dispose de formateurs qualifiés et issus des métiers de la santé. Cela donne le double avantage à ces formateurs de connaître le public auquel ils ont affaire puisqu'ils sont issus des mêmes catégories professionnelles qu'eux et d'être initiés à la pédagogie. Un autre élément important à souligner est l'utilisation de méthodes de formation proches de celles employées en A.F.P.S. et C.F.A.P.S.E.. Ce type d'enseignement permet d'assurer un transfert des savoirs uniforme afin d'équilibrer le niveau des agents grâce à un contenu précisément décrit dans des guides nationaux de références.

Cependant ces formations ont un coût élevé pour les établissements et les C.E.S.U. ne disposent pas forcément des moyens humains et du temps pour assurer la formation de l'ensemble des personnels soignants. De plus, ce type d'enseignement nécessite le

détachement des personnels à former par les services de soins. Ce constat est un élément d'explication du déficit de réactualisation des connaissances des personnels.

- La place de l'I.A.D.E. de réanimation dans le projet de formation :

Dans la situation énoncée pour illustrer ce sujet, la formation proposée a vocation à réactualiser et uniformiser les connaissances des agents. Cette démarche découle d'une volonté de faire face au déficit de formation des personnels en utilisant un moyen interne au service. Ce projet donne de la flexibilité en terme d'organisation et peut réduire les coûts de formation. Il permet une articulation directe entre le contenu de formation et la pratique professionnelle des soignants concernés puisque les formateurs sont eux même confrontés quotidiennement aux contraintes et spécificité de ce lieu de travail.

C'est le personnel d'encadrement du service qui après une évaluation des besoins de formation, a missionné les I.A.D.E. en tant qu'experts pour réaliser une session d'enseignement. Cette notion est en accord avec le cadre réglementaire.

La prise en charge des urgences vitales intra hospitalières doit s'inscrire dans une politique d'établissement structurée comme l'indique les critères de l'A.N.A.E.S. et les recommandations de la S.F.A.R.

Concernant le rôle des I.A.D.E., ceux-ci interviennent au niveau de la formation des personnels à la prise en charge de l'urgence intra hospitalière en préparant et dispensant la formation. Cette fonction de formateur est en accord avec les recommandations de la S.F.A.R. sur le rôle de l'I.A.D.E. et les propos de N. Nicolet sur ses fonctions de transmission des savoirs.

- L'I.A.D.E. en tant que formateurs aux gestes d'urgences :

Dans la situation à l'origine de ce travail, les I.A.D.E. assurant la formation sont des professionnels n'ayant pas de qualification spécifique ni d'expérience dans le domaine de la formation aux gestes d'urgences. La confrontation du descriptif du sujet et de la phase de recherche bibliographique met en évidence des sources de difficultés pour les I.A.D.E. mais aussi des points positifs dans la démarche utilisée.

Les I.A.D.E. ont fait preuve de capacités d'organisation dans la préparation de la formation en se préoccupant de la logistique sans laquelle la satisfaction des objectifs n'aurait pas pu se faire.

Dans la situation présentée, les soignants concernés par la session de formation se sont dits satisfaits d'avoir participé à cet apport de connaissances. Pour expliquer leur ressenti, ceux-ci ont exprimé que le contenu de la formation aurait un intérêt dans leur pratique quotidienne.

Cette satisfaction est le fait de plusieurs éléments.

Les objectifs d'enseignement établis par les I.A.D.E. correspondaient à une attente des personnels et la formation elle-même s'inscrivait dans l'optique de la réponse à l'urgence au sein du service concerné. Pour cela, les formateurs ont utilisé du matériel en fonction dans ce service et ont décrit les procédures d'alertes en vigueur dans l'unité. Ils ont pu ainsi se rapprocher des préoccupations des soignants grâce à leurs connaissances des contraintes et des spécificités du service pour y être eux-mêmes en fonction.

En cela, la formation proposée était adaptée à un public adulte puisqu'elle reprenait les éléments essentiels décrits dans la définition de la formation pour adulte de Messieurs Besnard et Lietard que sont l'utilisation des expériences vécues et des connaissances acquises afin de permettre une réalisation plus complète dans le milieu dans lequel exerce le formé.

Ce réalisme en terme de formation est sûrement dû partiellement au fait que l'I.A.D.E. a été confronté à la notion de formation pour adulte à de multiples reprises au cours de son cursus professionnel : lors des enseignements transversaux et des stages durant ses études de spécialité mais aussi en tant que référant d'étudiants préparant le diplôme d'état d'infirmier anesthésiste. Ces notions concernant l'enseignement sont-elles néanmoins suffisantes pour assurer une formation pédagogiquement satisfaisante ?

Lors de la préparation de la formation, les formateurs se sont confrontés à un questionnement concernant la validité du contenu de leur enseignement et à la légitimité des références utilisées. Il est indispensable lorsqu'un responsable de formation prépare une session d'enseignement qu'il s'interroge sur l'origine de ses sources et leur actualisation. Dans la situation présentée, les hésitations exprimées par les I.A.D.E. peuvent être interprétées comme un manque de connaissances des références validées existantes dans le domaine de la formation aux gestes d'urgence tels les guides nationaux de référence ou les recommandations pour la prise en charge de l'arrêt cardio-respiratoire. Ce manque de supports bibliographiques et ou théoriques a été mis en évidence lors de la formation. Chaque I.A.D.E. formateur a organisé son sous groupe à sa manière en terme de contenus et de justifications des procédures. Cela tend à prouver que les formateurs ont utilisé leurs savoirs expérimentiels lié à l'urgence lors de l'enseignement pratique pour compenser le déficit des références de formation. Ces

savoirs sont issus de leurs études mais aussi et surtout de leurs pratiques professionnelles qui peuvent être différentes. Le recours au savoir expérientiel peut s'avérer positif pour illustrer et rendre interactif une formation. Le formateur doit se garder de tomber dans les travers de ce savoir lié à l'expérience qui est la création de vérités, attitudes et gestuelles issues de la construction d'un système explicatif personnel sans fondement scientifique. A cet écueil s'ajoute la problématique de l'homogénéité de la formation. On observe que chaque I.A.D.E. a recours à des conduites à tenir différentes. Ces pratiques induisent une hétérogénéité dans la formation alors qu'elle a pour objectif après un apport de connaissances, de permettre à des professionnels n'exerçant pas nécessairement ensemble, de pouvoir intervenir, en utilisant les mêmes gestuelles et algorithmes décisionnels afin d'optimiser les chances de récupération de la victime.

A l'issue de la formation, les I.A.D.E. ont exprimé leur difficulté à transmettre un message de manière claire et précise et à discerner les limites des justifications à donner aux savoirs enseignés.

La forme donnée au message à transmettre est primordiale pour permettre une compréhension et une assimilation optimale par les apprenants. Dans le cas présenté, les formateurs avaient prévu un support écrit sous forme d'un diaporama qui n'a pas été exploité durant la phase théorique de la formation. Son utilisation par les formateurs aurait pu servir de guide lors de la démarche explicative. L'assimilation des savoirs aurait été facilitée aux apprenants grâce à l'utilisation de deux vecteurs, oral et écrit.

Cette illustration montre la difficulté pour les I.A.D.E. de mettre en forme le savoir et de gérer sa transmission. Ce problème s'impose alors même qu'ils pratiquent l'enseignement auprès des étudiants préparant le diplôme d'infirmier anesthésiste. Le plus souvent leur intervention en terme de formation réside dans une transmission de savoirs et l'acquisition d'une attitude professionnelle dans une relation duelle différente d'un enseignement face à un groupe.

Outre le problème des connaissances transmises, s'ajoute celui de la forme donnée à la formation. Afin de résoudre cette source de difficulté, il est nécessaire d'apprendre à structurer les apports enseignés en faisant appel à la notion "d'apprendre à apprendre" (Goudeaux, Loraux, Sliwka ;2003) qui implique une initiation à la pédagogie.

Au-delà de la simple structuration de la formation, le fait de se former en pédagogie ouvre la perspective de donner aux apprenants les outils leur permettant de s'approprier de nouveaux savoirs en vue du renouvellement de leurs connaissances dans un milieu où les pratiques évoluent rapidement.

### ○ Réponse au questionnement :

La formation aux gestes d'urgence est désormais une nécessité dans les établissements de santé. Les soignants ne sont pas particulièrement à l'aise face à la réponse à y donner malgré l'existence de structures dispensant des formations sur la prise en charge de l'urgence. Actuellement le nombre de professionnels à former et la nécessité de réactualiser les connaissances régulièrement ralentissent ces processus d'enseignement. De ce fait, après les éléments mis en évidence dans ce travail, l'I.A.D.E. exerçant en réanimation peut être un maillon prépondérant dans la chaîne de formation des soignants exerçant dans ces services. L'analyse a mis en évidence points forts et points faibles de l'I.A.D.E. mis en situation de formateur. Ses difficultés pourraient être estompées par le suivi de la formation menant à l'obtention du monitorat national de secourisme. Ce diplôme pourrait lui permettre une approche plus professionnelle et efficiente du rôle de formateur et ce d'autant plus s'il suivait cet enseignement dans le cadre du C.E.S.U. qui pourrait plus spécifiquement lui apporter les outils pédagogiques et les références nécessaires à la formation des professionnels de la santé. De surcroît, l'obtention de ce diplôme est à ce jour le seul moyen de dispenser des formations validantes reconnues par l'état. Au regard des besoins de formation des établissements de santé et de la légitimité de l'I.A.D.E. dans le domaine de la formation aux gestes d'urgences, il est possible d'imaginer, lors de la formation de spécialité des I.A.D.E., à la suite des modules d'approfondissement des connaissances concernant l'urgence, un module optionnel sur les techniques d'enseignement aux gestes d'urgence. Il serait alors possible que des I.A.D.E. qualifiés participent dans le cadre d'un projet d'établissement, à la formation et la remise à niveau de la totalité du personnel en contact avec les patients.

## - Conclusion :

La formation aux gestes d'urgence est un enjeu pour les établissements de santé compte tenu des obligations réglementaires et des sources de difficultés rencontrées par les personnels soignants pour y répondre. A l'issue de cette réflexion, l'I.A.D.E. exerçant en réanimation semble pouvoir trouver sa place dans une politique de formation aux gestes d'urgence, en assurant des sessions de formation au titre d'expert afin de compléter et réactualiser les connaissances des soignants en poste au sein des services de réanimation. Cependant, afin d'assurer la transmission de savoirs validés de manière didactique, un complément de formation à la pédagogie semble nécessaire. Ce type de projet pourrait également concerner les I.A.D.E. exerçant au sein des blocs opératoires. La participation à ces formations implique un investissement professionnel accru de la part des I.A.D.E. s'engageant dans ce type de démarche. Cependant l'engagement professionnel consenti leur permet de s'inscrire dans un projet global d'établissement concernant l'amélioration de la qualité de la réponse apportée à l'urgence intra hospitalière.

## **Bibliographie**

### **Les ouvrages:**

A.N.A.E.S., *Manuel d'accreditation des établissements de santé. Deuxième procédure d'accreditation* ; A.N.A.E.S ; septembre 2004.p.48-49.

Besnard P. et Liétard B. . *La formation continue*. Paris: Presses Universitaires de France ; 1976. 127p.

Devers G. . *L'urgence*. In:Droit, responsabilité et pratique du soin. Rueil-Malmaison: Lamarre ; 2004. 295p.

Direction de la défense et de la sécurité civile, bureau de la formation et des associations de sécurité civile. *Guide national de référence de formation du moniteur des premiers secours* ; Direction de la défense et de la sécurité civile ; Paris ; juillet 2003.

Goudeaux A., Loraux N., Sliwka C. .*Formateurs et formation professionnelle*. Rueil Malmaison : Lamarre ; 2003. 327p.

Nicolet M.. *L'infirmier anesthésiste*. Paris: Médecine-sciences Flammarion ; 2003. 233p.

### **Les articles:**

Articles de revue:

Bouchat D. .*Quelques traits distinctifs de la formation des adultes*. Education permanente, octobre, 2000 ; numéro 145, p51-63.

Charles E.. *Les IADE sortent du bloc*. Revue de l'infirmière, Septembre, 1999 ; numéro 52 Supplément p. 5.

Niewiadomski C. .*Place des savoirs théoriques, expérimentiels et existentiels dans la formation des professionnels de santé. l'apport des histoires de vie*. Perspective soignante, septembre décembre, 2002 ; numéro 14-15 p. 200-216.

Tanguy G. . *Au CHR de Rennes, l'infirmière est-elle au clair face à la détresse vitale ?* Revue de l'infirmière, février, 1993 ; numéro 4 p.20-25.

## **Communications:**

Groupe sous commission formation, CSSI CHU de Bordeaux. *Connaissances et comportements des soignants face à l'urgence vitale dans les unités de soins*. Enquête CHU de Bordeaux. Octobre 2005.

Kaminski J., Lesny M.. *Formation aux gestes d'urgence et gestion du chariot d'urgence ; Organisation d'une formation spécifique en milieu hospitalier*. In: Editions scientifiques et médicales Elsevier SAS, Enseignement supérieur en soins infirmiers adultes et pédiatriques 2003. Paris ; 2003:61-64.

## **Articles d'internet:**

Comité Vie Professionnelle, SFAR. *Commentaires sur le décret ministériel n° 2002-194 du 11/02/02 relatif aux actes professionnels et à la profession d'infirmier*. SFAR, décembre 2002 [Référence du 06 novembre 2005] Format html. Disponible sur : [http://www.sfar.org/s/article.php?id\\_article=53&var\\_recherche=recommandations+infirmier+anesthésiste](http://www.sfar.org/s/article.php?id_article=53&var_recherche=recommandations+infirmier+anesthésiste)

Conférence d'experts. *Recommandation pour l'organisation de la prise en charge des urgences vitales intrahospitalières*. conférence d'experts, SFAR, 2004. [Référence du 25 août 2005]. Format PDF. Disponible sur: <http://www.sfar.org/s/IMG/pdf/opcuvihcexp.pdf>

Dixneuf B., Balagny E., Chaumette F. et al. *Recommandations concernant le rôle de l'infirmier anesthésiste diplômé d'état*. SFAR, janvier, 1995. [Référence du 04 octobre 2004]. Format html. Disponible sur <http://www.sfar.org/recomiade.html>

Gache A., Besson L., de La Coussaye J-E., Gueugniaud P-Y. . *Prise en charge des urgences vitales intra-hospitalières*. Conférences d'actualisation, 2002 p519-527. Editions scientifiques et médicales Elsevier SAS, et SFAR, 2002. [Référence du 25 août 2005]. Format HTML. Disponible sur : [http://www.sfar.org/sfar\\_actu/ca02/html/ca02\\_33/ca02\\_33.htm](http://www.sfar.org/sfar_actu/ca02/html/ca02_33/ca02_33.htm)

Gateau D. .Le moniteur national des premiers secours. *Urgence Pratique*, Octobre 2004. [référence du 9 janvier 2006]. Format HTML. Disponible sur <http://www.urgence-pratique.com/2articles/secouris/art-secourisme-3.htm>.

Rébeillé-Borgella E. Note d'information n°394/DSC 8 du 25 mars 1993 relative à l'application des textes régissant les formations aux premiers secours, mars, 1993. [Référence du 9 janvier 2005] Format HTML. Disponible sur <http://www.secourisme.net/article66.html>

Synthèse, C.E.S.U., XIXème colloque national, Autrans, octobre 2001. [Référence du 10 janvier 2006] Format Power Point. Disponible sur : [http://www.samu-de-france.com/default\\_zone/documents/synth\\_se\\_autrans\\_2001.pdf](http://www.samu-de-france.com/default_zone/documents/synth_se_autrans_2001.pdf)

## **Les textes de loi:**

Code de la Santé Publique. Les actes professionnels. Livre III, Titre Ier, Chapitre Ier, Section 1:Articles R.4311-12 et R.4311-14.

Code de la Santé Publique. Les règles professionnelles. Livre III, Titre Ier, Chapitre II.

Code de la Santé Publique. Les actes professionnels. Livre III, Titre V, chapitre Ier.

Code de la Santé Publique. Les actes professionnels. Livre III, Titre II, chapitre Ier.

République française. J.O n° 236 du 9 octobre 1996 page 14802.

République française. Arrêté du 17 janvier 2002 relatif à la formation conduisant au diplôme d'Etat d'infirmier anesthésiste. Journal officiel du 2 février 2002.

République française. Arrêté du 22 juillet 1994 relatif au certificat d'aptitude aux fonctions d'aide-soignant et au certificat d'aptitude aux fonctions d'auxiliaire de puériculture. Annexe. Programme des études.

République Française. Arrêté du 23 mars 1992 relatif au programme des études conduisant au diplôme d'état d'infirmier. JO du 25 mars 1992.

République Française. Décret no 98-239 du 27 mars 1998 fixant les catégories de personnes non médecins habilitées à utiliser un défibrillateur semi-automatique. J.O. Numéro 79 du 3 Avril 1998.

## **Annexe 1 :**

### **Extrait de la recommandation pour l'organisation de la prise en charge des urgences vitales intrahospitalières :**

*« Le concept de chaîne de survie, bien connu en milieu extrahospitalier, s'applique en milieu intrahospitalier selon des recommandations internationales.*

*Un numéro d'appel unique pour toutes les urgences intrahospitalières est souhaitable dans chaque établissement.*

*Une équipe spécifique pour les urgences intrahospitalières devrait être opérationnelle.*

*Un matériel d'urgence avec un défibrillateur doit être disponible dans chaque unité de lieu.*

*La diffusion des défibrillateurs semi-automatiques paraît également indiquée au milieu hospitalier.*

*La formation et l'évaluation des médecins et des personnels soignants aux gestes élémentaires de survie doivent être organisées dans chaque établissement.*

*Un comité d'experts devrait être constitué dans chaque hôpital pour organiser la chaîne de survie intrahospitalière, mettre en place l'équipe médicale d'urgence intrahospitalière et*

*évaluer régulièrement son activité. Une main courante type registre doit être tenu à jour pour répertorier chaque appel d'urgence intrahospitalière. » (S.F.A.R., 2004).*

## **Annexe 2 :**

### **Article R4311-4 du code de la santé publique :**

*"Lorsque les actes accomplis et les soins dispensés relevant de son rôle propre sont dispensés dans un établissement ou un service à domicile à caractère sanitaire, social ou médico-social, l'infirmier ou l'infirmière peut, sous sa responsabilité, les assurer avec la collaboration d'aides-soignants, d'auxiliaires de puériculture ou d'aides médico-psychologiques qu'il encadre et dans les limites de la qualification reconnue à ces derniers du fait de leur formation." (Code de la Santé Publique)*