

Département des Instituts de Formation
École d'infirmiers anesthésistes du CHU de Nantes

So different ?

*Convergences et divergences des compétences d'un IADE
français vis-à-vis de celles d'un Paramedic anglais*

SOMMAIRE

	page
<u>Introduction</u>	6
<u>Problématisation</u>	9
<u>Méthodologie</u>	13
<u>L'IADE dans le système d'urgence médicale français</u>	15
<u>I. Le système de santé français</u>	16
1. Modèle bismarckien : un système d'assurance maladie	16
2. Organisation	16
2.1 L'État	16
2.2 L'Agence Régionale de Santé	17
2.2.1 Localisation	17
2.2.2 Missions	18
2.2.3 Financement	18
2.3 Les établissements de soins	19
<u>II. L'Aide Médicale Urgente (AMU) en France</u>	20
1. Historique	20
2. Organisation	23
3. Le système d'alerte	24
4. Les intervenants	24
4.1 Le SAMU	24
4.1.1 Missions	25
4.1.2 La salle de régulation (CRRA) ou centre 15	25
4.1.3 Les Service Mobiles d'Urgence et de Réanimation	26
4.2 Associations de médecins libéraux	28
4.2.1 Missions	29
4.2.2 Moyens	29
4.3 Ambulances privées	29
4.3.1 Missions	29
4.3.2 Moyens	30
4.3.3 Personnels	30

4.4 Associations de Bénévoles	30
4.4.1 Missions	31
4.4.2 Moyens	31
4.4.3 Personnels	31
4.5 Les Services Départementaux d'Incendie et de Secours	31
4.5.1 Missions	32
4.5.2 Moyens	33
4.5.3 Personnels	33
4.5.4 Le SSSM	34
<u>III. L'infirmier et l'urgence</u>	36
1. Le processus de Bologne	36
1.1 Présentation	36
1.2 Les ECTS	36
2. La formation initiale infirmière	37
2.1 Le concept de compétence	38
2.2 Les compétences infirmières	39
2.2.1 Cadre réglementaire	39
2.2.2 Le référentiel d'activités et de compétences	39
2.3 Finalité et modalités de la formation	40
2.3.1 Finalité	40
2.3.2 Modalités	41
2.3.3 Liaison entre les UE et l'acquisition ds compétences	43
3. La compétence de l'IDE dans la gestion de l'urgence	43
3.1 Le concept d'urgence médicale	43
3.2 Les compétences de l'IDE	44
3.2.1 Cadre législatif	44
3.2.2 Enseignements initiaux relatifs aux urgences	45
3.2.3 Activités et compétences de l'infirmier relatives aux urgences	46
<u>IV. L'IADE et l'urgence</u>	47
1. La formation initiale IADE	47
1.1 Accessibilité et pré requis	47
1.2. Intégration au processus de Bologne	49
1.3 Modalités	49
2. Les compétences de l'IADE	50
2.1 Cadre réglementaire	50
2.2 Compétences	50
2.3 L'IADE, un professionnel autonome	52
2.3.1 Le concept d'autonomie	52
2.3.2 L'IADE : un professionnel de santé autonome ?	

3. L'IADE face à l'urgence	54
3.1 L'IADE face à l'urgence : quelles ressources ?	54
3.2 Activités professionnelles relatives à l'urgence	54
<u>Le Paramedic dans le système d'urgence médicale britannique</u>	56
<u>I. Le système de santé britannique</u>	57
1. Rappel géopolitique	57
2. Le modèle beveridgien	57
2.1 Définition	57
2.2 Rôle de l'État	58
3. Le National Health Service	58
3.1 Organisation	58
3.2 Financement	59
3.3 Historique des réformes	59
3.4 Évaluation et surveillance du NHS	60
<u>II. L'Aide Médicale Urgente en Angleterre</u>	61
1. Historique	61
2. Organisation	63
3. Le système d'alerte	64
4. Intervenants et moyens	66
4.1 Les « Road Staff » ou équipes du terrain	66
4.1.1 L'Emergency Care Assistant (ECA)	66
4.1.2 Le Technician	66
4.1.3 Le Paramedic Registered appelé Paramedic	67
4.1.4 L'Emergency Care Practitioner	67
4.2 Les autres intervenants	67
4.2.1 Le Medical Director	67
4.2.2 British Association of Immediate Care (BASIC) Doctor	67
4.2.3 Les autres acteurs « BASIC »	68
4.3 Les vecteurs	68
<u>III. Le système éducatif britannique</u>	70
1. Le cursus scolaire	70
2. Les diplômes du secondaire	71
3. L'université britannique	71

3.1 Les établissements d'enseignement supérieur	71
3.2 Le cursus universitaire	71
3.2.1 Fondation degree	72
3.2.2 Bachelor degree	72
3.2.3 Master's degree et doctorate's degree	73
<u>IV. Le Paramedic Registered</u>	74
1. Le « Fondation Degree (FdSc) of Paramedic Science »	74
1.1 Accessibilité et pré requis	75
1.2 Modalités	75
1.3 Enseignement	78
2. Les compétences du Paramedic Registered	78
2.1 Cadre réglementaire	78
2.2 Compétences pratiques	79
2.3 Compétences transversales	80
<u>Analyse et synthèse</u>	81
<u>I. Analyse : convergences et divergences</u>	82
1. Système de santé et d'urgence	82
2. Les systèmes d'Aide Médicale d'Urgence	82
3. Formation IADE / Paramedics	83
4. Compétences générales	85
5. Compétences techniques	86
6. Les protocoles	87
<u>II. Synthèse</u>	88
<u>Conclusion</u>	90
<u>Bibliographie, Webliographie</u>	91
<u>Table des annexes</u>	94

Introduction

Le Travail d'Intérêt Professionnel constitue, dans le cadre actuel de la formation initiale des Infirmiers Anesthésistes Diplômés d'État (IADE), une charge de travail lourde et non rémunératrice en termes de points pour l'obtention du Diplôme d'État. En faisant référence à l'arrêté du 17 janvier 2002 relatif à la formation conduisant au Diplôme d'État d'Infirmier Anesthésiste, « *un travail est demandé aux élèves, au cours de la scolarité. Il fait l'objet d'une appréciation intégrée au livret scolaire* ». La qualité de ce travail n'a aucune importance en vue de l'obtention du Diplôme d'état et surtout en termes de perspectives professionnelles. Pour certains collègues (étudiants ou IADE), le TIP semble être une œuvre inutile et fastidieuse. J'ai eu moi-même beaucoup de difficultés à mettre par écrit le résultat de mes recherches et réflexions. Pourtant, dans le contexte actuel de mouvement social des IADE, le TIP peut prendre tout son sens.

Je pensais comme beaucoup que dans le cadre des accords de Bologne, « *déclaration commune des ministres européens de l'Éducation – 19 juin 1999* », les IADE obtiendraient automatiquement le master (bac + 5). Les IADE effectuent 2 années d'études après avoir obtenu un D.E. d'infirmier reconnu aujourd'hui au niveau licence (bac +3). Ils sont des infirmiers qui disposent d'une exclusivité de compétences ainsi que de la maîtrise de certaines techniques avancées (ex. : gestion des voies aériennes, pharmacologie anesthésique¹). Les discussions houleuses du premier trimestre au sujet des pratiques avancées, durant les réunions de travail engagées par la Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins (DHOS) (janvier, février et avril 2010), ont mis en évidence l'importance de l'écrit. Tout ce qui est effectué sans être écrit n'a aucune valeur (légale ou en termes de reconnaissance). Madame Bachelot-Narquin, ministre de la Santé, a récemment déclaré que « *la formation sous sa forme actuelle ne peut pas être reconnue en master 2, puisqu'elle n'a pratiquement pas de contenu théorique.* »² La reconnaissance par l'enseignement supérieur de notre expertise n'est pas encore acquise, elle dépendra surtout de la position de l'Agence d'Évaluation de la

¹ Article R.4311-12, décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004 relatif aux parties IV et V du Code de la Santé Publique.

² Europe 1, émission de Marc-Olivier Fogiel, 19 Mai 2010.

Recherche et de l'Enseignement Supérieur (AERES)³. Une discussion est prévue pour juillet 2010. Parmi les quatre critères d'évaluation pour l'obtention d'une formation de niveau master, on retrouve la notion d'« *adossement du master à la recherche* ». Ainsi, malgré ses détracteurs, le TIP a le mérite de nous pousser à matérialiser nos réflexions professionnelles, c'est-à-dire à effectuer une recherche en soins infirmiers anesthésiques, étape indispensable en vue de l'obtention du master. Selon Richard Wittorski, « *contrairement à la distinction classique entre métier et profession (l'une à dominante technique et l'autre à dominante intellectuelle)[...], une profession est un métier socialement organisé* »⁴. Une profession a des règles, un statut, une expertise reconnue par tous et au final développe un savoir propre. Aussi surprenant que cela puisse paraître, le TIP est probablement un élément fondamental du passage de notre métier d'IADE à la profession d'IADE.

³ <http://www.aeres-evaluation.fr/Evaluation/Evaluation-des-formations-diplomes/Masters-criteres-d-evaluation>

⁴ WITTORSKI, Richard, *Formation, travail et professionnalisation*, L'Harmattan, 2005.

Mes objectifs :

N'ayant aucune certitude sur ma capacité à produire un travail de qualité (c'est-à-dire correspondant au cahier des charges de nos formateurs), il m'est apparu fondamental de trouver un sujet pouvant être bénéfique à la fois personnellement et professionnellement, et ce quel qu'en soit le résultat final. Pour y arriver, je me suis fixé quatre objectifs :

- trouver un sujet touchant le monde de la santé en Europe
- améliorer mon niveau d'anglais
- trouver un sujet qui aborde la réingénierie de la profession infirmière et les accords de Bologne
- développer un réseau interprofessionnel.

Problématisation

La place de l'IADE dans la prise en charge des urgences pré-hospitalières a toujours été une source de questionnements pour la profession infirmière. Ce sujet abordé régulièrement dans la littérature professionnelle et sur les forums de discussions professionnelles trouve également écho au sein de nombreux TIP d'étudiants infirmiers anesthésistes. Notre décret de compétences⁵ précise que « les transports sanitaires mentionnés à l'article n° 4311.10 (alinéa 9) sont réalisés en priorité par l'infirmier anesthésiste ». Il s'agit des « transports sanitaires urgents entre établissements de soins effectués dans le cadre d'un service mobile d'urgence et de réanimation » et des « transports sanitaires médicalisés au lieu de la détresse vers un établissement de santé dans le cadre d'un service mobile d'urgence et de réanimation ». En pratique, la réalité est bien différente. Si je prends l'exemple du Service d'Aide Médicale d'Urgence (SAMU) de Loire-Atlantique, parmi ses 3 SMUR (Nantes, Saint-Nazaire, Châteaubriand), nous ne retrouvons des IADE que dans le SMUR de Châteaubriand, le SMUR de Nantes ayant remplacé, depuis ces dix dernières années, ses effectifs IADE par des IDE. Cette situation va dans le sens de l'une des conclusions de Pascal Schultze tirée de son TIP « *L'infirmier anesthésiste en pré-hospitalier sans médecin* »⁶. « La supériorité de l'IADE par rapport à l'IDE en SMUR n'a jamais été objectivement prouvée. Les arguments des IADE portent sur des impressions subjectives liées à leurs deux années de formation mais la qualité de soins n'a jamais été évaluée. J'ai découvert cette absence de preuves en effectuant mon travail ». Il faut souligner que les IADE et les IDE en SMUR effectuent les mêmes tâches. Pourtant, une part importante de la formation d'IADE est axée sur l'urgence et la réanimation à travers les cours enseignés et certains stages obligatoires (au SAMU par exemple)⁷. Si la question de la place de l'IADE se pose au sein des équipes pluridisciplinaires du SAMU, qu'en est-il de la

⁵ Décret n°2004-802 du 29 juillet 2004 relatif aux parties IV et V du Code de la Santé Publique.

⁶ SCHULTZE, Pascal, TIP « *L'infirmier anesthésiste en pré-hospitalier sans médecin* », École d'IADE de l'APHP, 2004.

⁷ Arrêté du 17 janvier 2002 relatif à la formation conduisant au diplôme d'État d'infirmier anesthésiste.

place de l'IADE dans les situations d'urgences pré-hospitalières sans médecin ? Depuis une dizaine d'années est apparu dans le lexique des urgences pré-hospitalières un néologisme : la paramédicalisation. Jusque-là, en France, la réponse aux urgences médicales pré-hospitalières s'appuyait sur 3 types d'intervenants : les non médecins, c'est-à-dire les secouristes (sapeurs-pompiers, associations), les médecins de proximité (généralistes/médecins sapeurs-pompiers) et les équipes du SMUR. Les sapeurs-pompiers ont officialisé en 2000 la paramédicalisation avec la mise en place des protocoles pour l'infirmier sapeur-pompier. « L'infirmier sapeur-pompier sera autorisé par le médecin chef à mettre en œuvre des gestes techniques définis par protocole »⁸, l'objectif étant, dans un contexte de pénurie des médecins de proximité, d'ajouter un échelon supplémentaire entre le secouriste et les équipes médicalisées du SMUR. Ces intervenants permettent de libérer une équipe médicale lorsque le cas dépasse les compétences des secouristes mais ne nécessite pas la présence d'un médecin (prise en charge de la douleur, malaise hypoglycémique, crises convulsives, etc.). Cette paramédicalisation a semé le trouble au sein des autorités médicales françaises qui sont même allées jusqu'à déclarer « exercice illégal de la médecine » ces pratiques⁹. Et d'ajouter que « la littérature internationale n'apporte pas d'éléments en faveur de la mise en place d'un échelon intermédiaire entre les équipes secouristes possédant un défibrillateur semi-automatique et le SMUR (équipé médicalisée) ». En 2003, certains SAMU, profitant de la circulaire relative à la prise en charge des urgences¹⁰, ont également expérimenté cet échelon intermédiaire (SAMU du Haut-Rhin et du Var). En 2006, L'association médicale du Samu de France écrivait : « il n'y a pas de place, en intervention primaire d'aide médicale urgente, pour l'infirmier sans médecin en substitution d'un SMUR [...] Il y aurait en revanche une place, en intervention primaire d'aide médicale urgente, pour l'infirmier sans médecin, en complément des dispositifs existants, dans des indications ciblées et des conditions rigoureuses de mise en œuvre [...] Tout infirmier exerçant institutionnellement en dehors de la présence d'un médecin (Éducation nationale, milieu du travail, etc.) peut être amené, face à une situation d'urgence inopinée, à mettre en œuvre un protocole conservatoire »¹¹. C'est ainsi que Samu de France a

⁸ DSC/10/DC/ 00356 art. 2.2.4.b.

⁹ Lettre du 13 mai 2008 adressée à Mme Bachelot-Narquin par l'association des médecins urgentistes de France, la société française de médecine d'urgence et le Samu de France.

¹⁰ Circulaire n°195/DHOS/O1/2003 du 16 avril 2003.

¹¹ Rôle de l'infirmier dans l'aide médicale d'urgence : position du SAMU de France, 4.12.2006.

préconisé à son tour une forme de paramédicalisation pour les infirmiers isolés. Les années 2000 virent également l'apparition des Transports Infirmiers Inter Hospitaliers (TIIH), des transports de SMUR secondaires paramédicalisés. Aujourd'hui, on retrouve la paramédicalisation dans le milieu maritime (Brittany ferries) ainsi que dans le milieu de l'événementiel (Zénith de Nantes). Malgré le développement de la paramédicalisation, Gaëlle Marillier, en conclusion de son TIP, déclare que « certains [IADE] regrettent que les connaissances de l'IADE soient sous-utilisées et que le rôle de notre profession n'évolue pas à sa juste valeur »¹². En effet, le seul protocole spécifique que l'on peut retrouver au sein des Services de Santé et de Secours Médicaux des sapeurs-pompiers, est « l'intubation dans la prise en charge d'un arrêt cardio-circulatoire ». En 2004, seuls 17 départements français disposaient de ce protocole pour les IADE sapeurs-pompiers. Malgré deux années d'études supplémentaires, l'IADE semble avoir de nombreuses difficultés à justifier de sa plus-value dans le cadre de la paramédicalisation. Comment pouvoir objectiver le potentiel d'un IADE en pré-hospitalier sans médecin, si aujourd'hui sa place reste anecdotique ? Lors de mon activité d'infirmier de bord à la Brittany-ferries (compagnie de transport maritime bretonne), j'ai été amené à collaborer régulièrement avec des Paramedics anglais. Ces professionnels de santé (non médecins) effectuent en Angleterre toutes les prises en charge des urgences pré-hospitalières. De cette confrontation émergea un questionnement : comment un système d'urgences pré-hospitalières peut se passer de la présence médicale sur le terrain ? D'autant plus que Samu de France déclara en 2006 que « la presse internationale met en revanche une perte de chances pour le patient lorsque des actes de médecine d'urgence sont mis en œuvre par des acteurs non médecins »¹³.

- Quels sont le niveau de formation et les compétences de ces professionnels de santé ?

¹² MARILLIER, Gaëlle, TIP « *La Place de l'IADE chez les infirmiers SP* », École d'IADE du CHU de Besançon, 2008.

¹³ Lettre du 13 mai 2008 adressée à Mme Bachelot par l'association des médecins urgentistes de France, la société française de médecine d'urgence et Samu de France.

- Quelles sont les divergences et les convergences de leurs compétences vis-à-vis des miennes ?

Lorsqu'il a fallu que je choisisse un sujet de TIP, une hypothèse m'est venue à l'esprit : répondre à ces questions me permettrait peut-être d'objectiver le « sentiment subjectif » de l'IADE. Cela peut paraître saugrenu, mais établir les convergences de compétences entre les IADE et les Paramedics serait une base de réflexion objective sur le potentiel de l'IADE en pré-hospitalier, d'autant plus que les anglo-saxons ne sont pas aussi catégoriques que nos experts français sur la prévalence d'un système sur l'autre¹⁴.

Ainsi cette réflexion m'amène à poser ma question de recherche :

Dans le domaine des urgences pré-hospitalières, quelles sont les convergences et les divergences des compétences d'un IADE français vis-à-vis de celles d'un Paramedic anglais ?

¹⁴ Emergency Services review, *A comparative review of best practice ambulance*, NHS Strategic Health Authorities, 2009.

Méthodologie

Organisation dans le temps

Ce travail personnel a été effectué sur l'ensemble des deux années de formation avec notamment 4 semaines consacrées uniquement à ce travail de recherche.

Les guidances collectives

Elles ont eu lieu sous la forme de 5 journées de cours. En début de première année, les formateurs nous ont délivré un document sur les objectifs, la méthodologie et l'organisation dans le temps. Les guidances suivantes ont été consacrées à des discussions de groupe autour de nos avancées et de nos difficultés.

Les guidances individuelles

J'ai échangé sur l'avancée de mon travail au cours de six rendez-vous avec ma « guidante ». Ayant des difficultés à cerner mon sujet de TIP, elle m'a invité à rédiger mon parcours et mes questionnements professionnels. Ce travail m'a permis de mettre en évidence un certain nombre de variables qui m'étaient propres. Cette réflexion a été la source de l'élaboration de ma question de départ et par la suite de ma question de recherche.

Les entretiens

Gauthier RANNER, ambulancier du SAMU 91 qui a effectué une partie de la formation Paramedic au London Ambulance Service en 1998. J'ai découvert ses écrits sur internet et suite à un échange de mails, il a accepté de me rencontrer lors d'un entretien à Paris.

Hamish ANDERSON, « Clinical Support Officer » du NHS Ambulance Service du district de Plymouth, rencontré lors de mon activité d'infirmier de bord à la Brittany Ferries. Nous avons échangé sous forme de mails et au cours d'un entretien téléphonique.

Ces deux professionnels ont été à la base de mon étude, Ils m'ont permis à la fois d'objectiver mes réflexions, d'élaborer mon plan de travail et d'orienter mes recherches bibliographiques. L'ensemble du travail de recherche qui va suivre est basé sur leurs indications.

Recherche bibliographique

Le sujet de mon étude portant en partie sur le système de secours britannique, il m'était impossible pour des raisons économiques et organisationnelles d'y mener mon étude physiquement. J'ai donc pris la décision de confronter les informations apportées par mes experts avec des publications diffusées sur internet et avec la littérature internationale.

1^{ère} partie :

L'IADE dans le système d'urgence
médicale français

I. Le système de santé français

1. Modèle bismarckien : un système d'assurance maladie

Le modèle bismarckien, dont le nom renvoie à l'Allemagne où il a été mis en place à la fin du 19^{ème} siècle, se caractérise par le principe de l'assurance, la protection maladie étant liée au travail et financée par des cotisations sociales. L'affiliation au système dépend de l'exercice d'une profession. Les frais de soins sont généralement pris en charge par les caisses d'assurance maladie dont la gestion est centralisée. L'originalité du système réside dans le caractère obligatoire et national de ces assurances et de leur gestion par les partenaires sociaux. L'offre de soins est en général mixte (publique et privée). Ce système autorise le plus souvent le choix des patients et garantit le statut de la médecine libérale. On le retrouve notamment en Allemagne, en France, en Belgique, en Autriche et dans la plupart des pays d'Europe centrale. En France, le système de santé comporte deux éléments :

- les soins de santé, comprenant les soins de ville et soins en établissements hospitaliers (hôpitaux publics et cliniques privées), délivrés par des professionnels de la santé
- l'assurance maladie (sécurité sociale et mutuelles facultatives d'assurance maladie).

2. Organisation

2.1 L'État

Le rôle principal dans l'administration du système de santé revient à l'État (ministère de la Santé), garant de l'intérêt public et de l'amélioration de l'état sanitaire de la population. L'État intervient en partie directement dans la production des soins.

Il exerce un contrôle sur les relations entre institutions de financement, professionnels et malades au nom des impératifs sanitaires et économiques généraux. En 2008, les dépenses de santé représentaient 11% du produit intérieur brut¹⁵.

2.2 L'Agence Régionale de Santé

2.2.1 Présentation

Jusqu'à présent, le système de santé était administré au niveau régional par les Directions Régionales des Affaires Sanitaires et Sociales (DRASS) et à l'échelon départemental par les Directions Départementales des Affaires Sanitaires et Sociales (DDASS). Les établissements de production des soins se trouvaient quant à eux sous la responsabilité des Agences Régionales de l'Hospitalisation, groupements d'intérêt public mis en place en 1996, constitués entre l'État et les caisses régionales d'assurance maladie.

Depuis le 1^{er} avril 2010, tous ces établissements ont été remplacés par les Agences Régionales de Santé (ARS)¹⁶. Établissements publics, elles sont chargées de la mise en œuvre de la politique de santé dans les régions et sont régies par le titre III du livre IV du Code de la Santé Publique. Créées en vertu de la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 dite « hôpital, patients, santé et territoire » (HPST), elles ont pour but « *d'assurer un pilotage unifié de la santé en région, de mieux répondre aux besoins de la population et d'accroître l'efficacité du système.* »¹⁷ On retrouve une ARS par région administrative. L'agence régionale de santé placée au chef-lieu de la zone de défense et de sécurité porte le nom d'agence régionale de zone.

¹⁵ http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?ref_id=T10F093

¹⁶ Décret n°2010-336 du 31 mars 2010 portant création des agences régionales de santé.

¹⁷ <http://www.ars.sante.fr/Les-objectifs.89787.0.html>

2.2.2 Missions

Dans chaque région, l'ARS :

- met en œuvre la politique de santé publique en liaison avec les services chargés de la santé au travail, de la santé scolaire et universitaire et de la protection maternelle et infantile
- suit l'état sanitaire de la région, contrôle le respect des règles d'hygiène et participe à la prévention et à l'éducation des patients
- peut intervenir en cas d'urgence sanitaire. Elle est chargée d'assister le préfet de zone dans la mise en œuvre des missions de sécurité nationale et notamment de défense sanitaire, et donc de préparer et d'appliquer, si nécessaire, le plan Orsec de zone
- évalue les formations des professionnels de santé et aide ces derniers au moment de leur installation
- participe au contrôle des actes médicaux et de la distribution des produits de santé
- mène les programmes régionaux de l'assurance maladie, notamment en matière de gestion du risque
- autorise la création et l'activité des établissements de santé et des services de santé. Elle autorise également la création des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Elle en assure le contrôle
- encourage la mise en œuvre d'un volet culturel dans ces établissements.

2.2.3 Financement

Les ARS sont financées par des subventions de l'État, des contributions de l'assurance maladie et de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, ainsi que de collectivités locales et d'établissements publics.

2.3 Les établissements de soins

2.3.1 Missions

Les soins avec hébergement sont dispensés dans des établissements publics ou privés.

Les deux secteurs se différencient sur les points suivants :

- l'étendue des missions, les modalités de fonctionnement
- les équipements
- le type de clientèle
- le mode de rémunération.

L'enseignement et la recherche font partie des fonctions des hôpitaux publics qui ont, par ailleurs, l'obligation d'accueillir tous les malades, en particulier en urgence.

2.3.2 Les statuts

On distingue :

- les établissements de santé publics, personnes morales de droit public, dotées de l'autonomie administrative et financière, qui peuvent être à vocation générale ou spécialisés (centres hospitaliers régionaux, centres hospitaliers, établissements locaux)
- les Etablissements de Santé Privés d'Intérêt Collectif (ESPIC) à but non lucratif (ex PSPH), qui représentent 10,4 % de l'ensemble des lits hospitaliers
- les établissements privés lucratifs, caractérisés par la concentration croissante des cliniques dans le but de créer des établissements de taille importante dotés de plateaux techniques sophistiqués.

II. L'Aide Médicale Urgente (AMU) en

France

1. Historique

Les prémices, repères historiques

1740, Réaumur dans son *avis au peuple pour donner les secours à ceux que l'on croit noyés*, développe des notions souvent encore actuelles sur la prise en charge des noyés.

1755, le Docteur Tissot évoque pour la première fois la médecine d'urgence dans son *avis au peuple sur sa santé*.

1773, Philippe Piat, apothicaire à Paris, organise des cours de secourisme et fait placer le long de la Seine des coffrets de réanimation pour la prise en charge des noyés.

1790, près de 130 villes françaises sont équipées de ces coffrets de premiers secours.

1793, un médecin anglais, John Hunter, décrit pour la première fois d'une manière complète, l'assistance respiratoire et qui la désigne comme seule méthode efficace. Le massage cardiaque externe, quant à lui, ne sera décrit qu'en 1900.

Le baron Larey, chirurgien de Napoléon, développe pendant la retraite de Russie, la notion de chaîne des secours depuis la prise en charge à l'avant des blessés jusqu'à l'arrière où les traitements se font au sein d'un hôpital (l'ambulance médicalisée prend en charge le blessé, le traite en urgence, le transporte vers l'arrière). Par la suite, quelques expériences éparses ont lieu tentant de mettre en place un système d'aide médicale pré-hospitalière au sein des grandes villes (médecin ou infirmier), mais elles échouent pour des raisons financières (Paris, 1880)

20^{ème} siècle : le tournant

Les guerres du 20^{ème} siècle, avec l'avènement des nouvelles technologies, s'avèrent extrêmement coûteuses en vies humaines, ce qui est à l'origine de grandes avancées en médecine et tout particulièrement en médecine pré-hospitalière. Après la deuxième guerre mondiale, les acteurs du secours pré hospitalier en France sont hétéroclites. On y retrouve les médecins généralistes, le service public « secouriste » (police secours, les sapeurs-pompiers) ainsi que les ambulanciers ayant conduite d'ambulance pour mission unique. Il faut attendre le début des années 50 et les grandes épidémies de poliomyélite pour que réapparaisse en France une conception de prise en charge pré-hospitalière médicalisée des détresses médicales ou traumatologiques. Dans la mesure où seuls quelques hôpitaux parisiens étaient équipés de respirateurs modernes, il allait être nécessaire de transférer ces patients d'un hôpital à un autre. Parallèlement, l'explosion de la circulation automobile et son cortège d'accidents routiers amènent certains médecins à quitter l'hôpital pour prendre en charge directement au bord de la route ces polytraumatisés et tenter de les ramener dans les meilleures conditions vers les centres hospitaliers. Ce sont les professeurs Lareng à Toulouse, Cara à Paris, Serre à Montpellier qui font le constat de la surprenante disproportion entre d'une part, les moyens mis en œuvre lors de l'arrivée à l'hôpital d'un malade ou d'un blessé grave, et d'autre part, ceux toujours très sommaires ou archaïques utilisés avant la phase hospitalière dans les longues minutes qui suivent l'accident ou le malaise. Malgré un accueil mitigé de la part de l'administration et de leurs confrères hospitaliers (les victimes qui décèdent avant leur admission hospitalière sont encore considérées comme victimes de la fatalité), ces médecins se lancent dans la médicalisation du pré-hospitalier en développant le concept du « Stay and Play » c'est-à-dire agir sur place. C'est le ministère des Transports (M. Coirier) qui, dans sa recherche d'une meilleure sécurité routière, va aider au développement des premiers SAMU. Tout au long des années 70, les SAMU/SMUR se multiplient. En 1976, une loi définit pour la première fois l'existence des SAMU et crée un service hospitalier portant ce nom. En 1986, la loi sur l'aide médicale d'urgence définit clairement les missions du SAMU/SMUR et attribue un numéro d'appel national à chaque SAMU : le 15. En 1988, Les sapeurs-pompiers sont dotés d'un numéro d'appel téléphonique unique : le 18.

Du « Stay and Play » au « Play and Run »

À la même époque, les Américains ont développé en matière d'urgence préhospitalière un autre concept, le « Scoop and Run ». Ils ont remarqué que, pour les traumatismes graves, les victimes décédaient dans les premières heures. Notamment en cas d'hémorragie interne, seule une opération chirurgicale peut sauver la victime. Il faut donc que la victime puisse être sur la table d'opération en moins d'une heure : c'est le concept de golden hour (heure d'or). Cette médicalisation est effectuée par des soignants non médecins dotés de protocoles médicaux : Les Paramedics.

La France a fait évoluer progressivement son système afin de profiter du temps incompressible (par exemple, désincarcération d'une victime piégée dans sa voiture) pour pratiquer les gestes médicaux, mais réduire les gestes avant l'évacuation afin de respecter l'heure d'or, c'est le « Play and Run » (agir et courir).

La paramédicalisation à la française

Depuis la fin des années 1990, le système d'urgence pré-hospitalier doit faire face à de nombreuses difficultés (augmentation exponentielle des demandes, rationalisation économique du système de santé, pénurie de médecins généralistes). Néanmoins, Il a profité de progrès techniques par la possibilité pour les non-médecins (soignants, ambulanciers, secouristes) d'utiliser le défibrillateur semi-automatique (DSA). Enfin est apparu dans la prise en charge pré-hospitalière un échelon supplémentaire entre le médecin et le secouriste : l'infirmier protocolé. Cette pratique a été nommée « para médicalisation à la française » ou « réponse graduée ». L'objectif étant de « médicaliser » certaines urgences qui ne nécessitent pas la présence du médecin.

2. Organisation

Sous la responsabilité de l'État, « *l'aide médicale urgente a pour objet, en relation notamment avec les dispositifs communaux et départementaux d'organisation des secours, de faire assurer aux malades, blessés et parturientes, en quelque endroit qu'ils se trouvent, les soins d'urgence appropriés à leurs états* »¹⁸. Cette organisation, sous la tutelle de trois ministères (Santé, Intérieur et Transports pour les ambulanciers privés), est à l'échelon départemental sous la responsabilité du Préfet.

Domaine de compétences du ministère de la Santé :

SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente (service chargé de la coordination de l'AMU et de la réception des appels des particuliers)

SMUR : Service Mobile d'Urgence et de Réanimation

Association de médecins généralistes (SOS Médecins)

Ambulanciers privés (ministère de la Santé et ministère des Transports).

Domaine de compétences du ministère de l'Intérieur :

SDIS : Service Départemental d'Incendie et de Secours

¹⁸ Article L. 6311-1 du Code de la Santé Publique.

AMU et collaboration :

Face à la multiplication des intervenants et des autorités compétentes, les acteurs de l'AMU ont mis en place un référentiel commun avec pour objectif de coordonner les actions et les missions de chacun¹⁹.

3. Le système d'alerte

Nous disposons d'un système d'alerte bicéphale interconnecté : d'un côté, les centres de transmission des appels liés au CODIS (sapeurs-pompiers) avec pour numéro de téléphone le 18 ; de l'autre, les centres de réception et de régulation des appels (SAMU) que l'on peut joindre en composant le 15. Leur interconnexion permet la relation entre les responsables des services afin d'optimiser les moyens susceptibles d'être engagés.

Le numéro 112 a été mis en place suite à l'harmonisation des systèmes d'appels de secours en Europe. Toute la difficulté de la mise en place d'un numéro unique en France réside dans l'aspect aléatoire du répondant (sapeurs-pompiers, SAMU, police).

4. Les intervenants

4.1 Le SAMU

Le SAMU est un service hospitalier dirigé par un praticien hospitalier. Il existe un SAMU par département. Il est implanté en général dans l'hôpital de la ville préfecture. Les SAMU sont dotés d'un centre 15 de régulation médicale (hospitalière et libérale) et de SMUR répartis sur tout le département.

¹⁹ Organisation du secours à personne et l'aide médicale d'urgence, Référentiel commun, Elaboré par le comité Quadripartite associant les représentants des structures d'urgences, des services d'incendie et de secours, de la DDSC et la DHOS, 25.06.2008.

4.1.1 Missions

Elles sont définies par la loi de 1986 (n°86-11) relative à l'AMU et aux transports sanitaires, et par le décret de 1987 (n°87-1005) relatif aux missions et à l'organisation des unités participant au service d'AMU appelées SAMU.

- renseigner et informer dans le domaine des urgences médicales
- réguler et mettre en œuvre des moyens d'interventions primaires en déterminant et déclenchant dans les plus brefs délais la réponse la mieux adaptée en fonction d'une évaluation du degré de gravité avérée ou potentielle de la victime et en fonction du contexte
- s'assurer de la disponibilité des moyens d'hospitalisation publics ou privés adaptés à l'état du patient, compte tenu du respect du principe du libre choix et veiller à son admission
- organiser les transferts médicaux secondaires inter hospitaliers
- assurer la formation et l'enseignement au sein d'une structure propre, le CESU, qui permet notamment l'enseignement des soins d'urgence et la formation continue des professions médicales et paramédicales (ex. : AFGSU)
- participer à l'élaboration, l'organisation et la mise en œuvre des plans de secours départementaux (plans Rouges, Orsec, Blancs...)
- intervenir dans le cadre du réseau national pour la prise en charge des victimes de catastrophes (SAMU mondial) (Circulaire n°97/383 en date du 28 mai 1997).
- participer aux travaux de prévention, de recherche et de perfectionnement des techniques et thérapeutiques d'urgence.

4.1.2 La salle de régulation (CRRA) ou centre 15

Ces centres d'appel ont pour mission de réguler les demandes en matière de soins de la population ainsi que d'harmoniser et d'optimiser les actions des équipes pluridisciplinaires sur le terrain. Leur personnel est composé d'un médecin chef de

service, des médecins régulateurs hospitaliers (urgentistes ou réanimateurs), des médecins généralistes libéraux et enfin des Permanenciers Auxiliaires de Régulation Médicale (PARM)²⁰.

4.1.3 Les Service Mobiles d'Urgence et de Réanimation (SMUR)

a) Missions

Les SMUR ont pour mission d'apporter 24h/24, sur décision du médecin régulateur, en tous lieux et sur l'ensemble du territoire, la médicalisation des interventions auprès des patients dont l'état nécessite une surveillance ou des soins médicaux d'urgence et de réanimation. Leurs localisations géographiques dépendent des Schémas régionaux d'Organisation Sanitaire (SROS)²¹

Ils effectuent deux types d'interventions :

- les transports primaires : transports médicalisés effectués du lieu de la détresse vers un établissement de soins
- les transports secondaires : transports médicalisés ou paramédicalisés effectués d'un établissement de soins vers un autre²²

Certains SMUR disposent en outre d'équipes spécialisées en pédiatrie (ex.: Nantes dispose d'une équipe spécialisée composée d'un pédiatre et d'une puéricultrice dans le cadre des transports secondaires).

²⁰ Article L.6311-1 du Code de la Santé Publique

²¹ Circulaire ministérielle du 26 mars 1998.

²² Décret n°2006-577 du 22 mai 2006 relatif aux conditions techniques de fonctionnement applicables aux structures de médecine d'urgence et modifiant le Code de la Santé Publique, dispositions réglementaires, art. R. 6312-28-1

b) Vecteurs

Le Véhicule Léger Médicalisé (VLM)

Ce véhicule rapide est utilisé dans le cadre des interventions primaires, il ne peut pas transporter de patients. Son engagement est toujours associé à une ambulance (VSAV, ASSU).

L'Unité Mobile d'Hospitalisation (UMH)

Ambulance de réanimation, elle est utilisée dans le cadre d'interventions primaires et secondaires.

L'hélicoptère

En France, l'utilisation de ce vecteur dans le secours médical est région dépendante. Il peut dépendre de l'autorité de la Sécurité Civile, de la gendarmerie nationale, de l'armée ou du SAMU. Quelle que soit la situation, la médicalisation y est toujours possible. La vocation médicale primaire ou secondaire de ce vecteur dépend de nombreux facteurs (difficultés géographiques, densité des moyens de secours). Si l'on prend le cas de la région des Pays de la Loire, l'hélicoptère est basé au niveau du SAMU 44 au sein du CHU de Nantes. Il dessert toute la région et bien qu'il ait pour mission principale d'optimiser les transports secondaires interrégionaux, il peut être amené à intervenir en mission primaire, sur décision du médecin régulateur.

L'avion

Exclusivement utilisé dans le cadre des transports secondaires (ex. : transfert de patient dans un état grave entre Nantes et Paris).

c) Matériel

Le matériel médical utilisé est le même que celui d'un service hospitalier de réanimation mais avec une spécificité : la mobilité (cf. annexe I).

d) Personnels

- ambulanciers : ils sont titulaires du Diplôme d'Ambulancier, délivré après 6 mois de formation depuis le 1^{er} janvier 1997. Ce sont les conducteurs des véhicules. Ils ont également pour mission d'assister les médecins et les infirmiers dans leurs tâches

- médical : les médecins spécialisés en médecine d'urgence, les internes en médecine

- paramédical : le décret n°2006-577 du 22 mai 2006 relatif aux conditions techniques de fonctionnement applicables aux structures de médecine d'urgence et modifiant le Code de la Santé Publique (dispositions réglementaires, art. D6124-13) impose la présence systématique d'un infirmier. Bien que les recommandations valorisent l'IADE, il n'y a aucune législation qui impose la spécialité aux infirmiers du SMUR. La répartition IADE/IDE en SMUR est aujourd'hui, sur le territoire national, extrêmement variable.

4.2 Associations de médecins libéraux

La permanence des soins est une organisation d'offre de soins libéraux et hospitaliers mise en place afin de répondre par des moyens structurés, adaptés et régulés, aux demandes de soins non programmés exprimées par les patients (ex.: SOS Médecins). On les retrouve principalement dans les zones à forte densité de population.

4.2.1 Missions

- réception d'appels 24h/24 par des standardistes formés à la prise d'appels urgents et encadrés par un médecin
- visite médicale à domicile
- conseil médical par téléphone

4.2.2 Moyens

Le médecin généraliste disposant du matériel diagnostique (électrocardiogramme) et thérapeutique de base se déplace dans un véhicule léger signalisé doté d'un gyrophare.

4.3. Ambulances privées

Ce sont des entreprises privées agréées pour le transport sanitaire.

Outre leur activité de transport de malades vers les centres de consultation, les ambulanciers privés participent à l'AMU (mise à disposition du SAMU lors de gardes départementales par arrêté préfectoral).

4.3.1 Missions

- dans le cadre de leur participation à l'AMU, les ambulanciers privés sont chargés d'assurer, dans des délais estimés par le médecin régulateur du SAMU comme étant compatibles avec l'état du patient, la prise en charge et les transports des patients vers les établissements de santé conformément à la décision. Ils doivent garantir en permanence une réponse rapide et de qualité aux demandes du SAMU²³
- ils interviennent dans le domaine privé.

²³ Décret n°2003-674 du 23 juillet 2003 relatif à l'organisation de la garde départementale assurant la permanence du transport sanitaire.

4.3.2 Moyens

Dans le cadre de l'AMU, les ambulanciers disposent de véhicules sanitaires spécifiques :

- les ASSU (Ambulances de Secours et de Soins d'Urgence) ou VSAP (Véhicule de Secours Aux Personnes)

- les ASI (Ambulances de Soins Intensifs) conçues et équipées pour le transport, les soins intensifs et la surveillance du patient.

Le matériel pour la mise en pratique du secourisme est le même quel que soit le véhicule (O2, DSA, aspirateur de mucosité...) Leur dotation en termes d'équipement est comparable à la normalisation NIT 330 des sapeurs-pompier. L'équipage est composé de deux personnes dont au moins un ambulancier DE.

4.3.3 Personnels

Ambulancier DE

Les ambulanciers disposent de la même formation initiale que leurs collègues du SAMU titulaires de l'AFGSU niveau 2 (cf. annexe II).

Auxiliaires Ambulanciers

Ce personnel dispose d'une formation de 70 heures (ex. : secourisme, ergonomie).

4.4 Associations de bénévoles

Le terme exact utilisé dans la loi est « *associations de sécurité civile* » (loi 2004-811 du 13 août 2004 de modernisation de la sécurité civile), c'est-à-dire « *les associations ayant la sécurité civile dans leur objectif social* ».

4.4.1 Missions

Ces secouristes bénévoles effectuent des missions de secours préventives et sont les premiers maillons de la chaîne de secours, notamment durant les manifestations publiques. Ils sont titulaires au moins du diplôme de Premiers Secours en Equipe (PSE 1 ou 2). Ils sont habilités en fonction de leur niveau de formation à effectuer les premiers soins. Le niveau du PSE est relativement proche de celui de l'AFGSU²⁴.

4.4.2 Moyens

Ils doivent disposer du matériel pour la mise en application du secourisme en équipe. Les secouristes ne sont pas habilités à transporter des victimes vers un établissement de soins excepté ceux disposant d'une autorisation préfectorale.

4.4.3 Personnels

Chaque association dispose de secouristes ayant différents niveaux de secourisme : PSE 1 et 2, chef d'équipe, sauveteurs qualifiés (mer, montagne, etc.)

4.5 Les Services Départementaux d'Incendie et de Secours (SDIS)

Hormis deux exceptions (le corps des sapeurs-pompiers de Paris et le Bataillon des marins-pompiers de Marseille), les SDIS sont les administrations qui gèrent l'ensemble des sapeurs-pompiers de chaque département. Ils dépendent du ministère de l'Intérieur via la Direction de la Défense et de la Sécurité Civile. Dans un département, le SDIS, sous l'autorité du préfet, élabore le Schéma Départemental d'Analyse et de Couverture des Risques (SDACR). Le SDACR a pour objectif de dresser l'inventaire des risques de

²⁴ Arrêté du 24 août 2007 fixant le référentiel national de compétences de sécurité civile relatif à l'unité d'enseignement « Premiers secours en équipe de niveau 1 », arrêté du 14 novembre 2007 fixant le référentiel national de compétences de sécurité civile relatif à l'unité d'enseignement « Premiers secours en équipe de niveau 2 ».

toute nature pour la sécurité des personnes et des biens auxquels doivent faire face les SDIS. Il constitue la base réglementaire de l'organisation opérationnelle des services d'incendie et de secours, déterminant entre autres l'implantation des casernes de sapeurs-pompiers, leur dotation en personnel et en matériel²⁵.

4.5.1 Missions

« Les services d'incendie et de secours sont chargés de la prévention, de la protection et de la lutte contre les incendies. Ils concourent avec les autres services et professionnels concernés à la protection et à la lutte contre les autres accidents, sinistres et catastrophes, à l'évaluation et à la prévention des risques technologiques ou naturels ainsi qu'aux secours d'urgence. »²⁶ Ils interviennent donc dans les situations suivantes :

- les incendies
- les accidents de circulation
- les activités diverses : la lutte contre les pollutions, les accidents à caractère chimique ou radioactif, inondations, fuites de gaz, sauvetages d'animaux.
- les secours d'urgence aux personnes victimes d'accidents, de sinistres ou de catastrophes, leur évacuation ainsi que le prompt secours.

Définition du prompt secours :

C'est « une action de secouristes agissant en équipe et visant à prendre en charge sans délai des détresses vitales ou à pratiquer sans délai des gestes de secourisme. Il est assuré par des personnels formés et équipés. Son intérêt réside dans son caractère réflexe. Il est à distinguer des actions relevant de la compétence des SMUR, des médecins généralistes, des ambulanciers privés, voire du simple conseil ». (Circulaire conjointe, ministère de la Santé et ministère de l'Intérieur du 29 mars 2004 relative aux rôles des SAMU, des SDIS et des ambulanciers privés dans l'aide médicale urgente).

²⁵ Circulaire n° NOR INT/E/07/00129/C du 31 décembre 2007.

²⁶ Article 2 de la loi du 3 mai 1996 relative aux services d'incendie et de secours.

4.5.2 Moyens

Le SDIS dispose :

- d'un Centre Opérationnel Départemental d'Incendie et de Secours (CODIS).

Il est chargé de la coordination de l'activité opérationnelle des services d'incendie.

- d'un ou plusieurs Centres de Traitement de l'Alerte (CTA).

Ils sont chargés de la réception, du traitement et de la réorientation éventuelle des demandes de secours.

- d'un Service de Santé et de Secours Médical (SSSM), qui participe, notamment, aux missions de secours d'urgence.

- de Centres de Secours répartis sur le département. On y retrouve les VSAV, véhicules de secours aux Victimes (équivalents de l'unité mobile soins intensifs des ambulanciers privés) (équipement d'un VSAV Norme NIT 330, cf. annexe III, équipage de 3 à 4 sapeurs-pompier dont un chef d'agrès).

4.5.3 Personnels

Les secouristes :

Secouristes volontaires ou professionnels ayant la même formation initiale que les secouristes civils (PSE 1 et PSE 2), dotés de formations spécifiques liées à l'environnement (secours routier, aquatique, milieux périlleux, équiper VLI).

Les permanenciers CTA/CODIS :

Ils peuvent être des sapeurs-pompiers professionnels ou volontaires, des civils. Dans le cadre du secours à personne, ils peuvent déclencher des moyens pompiers sous forme de départ réflexe avant de transmettre l'appel au centre 15.

Les officiers CTA/ CODIS :

Cadres sapeurs-pompiers, ils ont pour responsabilité la gestion des appels et des moyens.

4.5.4 Le SSSM

Né en 1996 de la volonté d'améliorer le suivi médical des sapeurs-pompiers et d'uniformiser la pratique de l'urgence préhospitalière sapeur-pompier, le SSSM fut créé par la loi du 3 mai 1996 relative aux services d'incendie et de secours. Il est doté de professionnels de santé volontaires ou professionnels (médecins, infirmiers, pharmaciens, vétérinaires, psychologues) sous l'autorité d'un médecin chef départemental.

a) L'Infirmier Sapeur-Pompier (ISP)

Les ISP sont des infirmiers engagés comme sapeurs-pompiers volontaires ou professionnels. Ils disposent d'un véritable statut juridique. L'article 24 du décret n° 97-1225 du 26 décembre 1997 relatif à l'organisation des services d'incendie et de secours pose une base statutaire pour les ISP en stipulant leur appartenance au SSSM.

b) Missions

Dans le cadre de l'AMU, le SSSM participe aux missions de secours d'urgence. Il est un vecteur susceptible d'intervenir dans le domaine de l'urgence préhospitalière par l'intermédiaire des médecins et des infirmiers sapeurs-pompiers en complément des équipes VSAV²⁷.

²⁷ Article R.1424-24 du Code général des collectivités territoriales.

Il participe aux missions de secours, à la médicalisation des victimes et au soutien sanitaire des équipes engagées lors d'incidents à risques²⁸.

Une des particularités du SSSM a été la mise en place de la paramédicalisation, par le biais de la protocolisation des infirmiers sapeurs-pompiers dans le cadre de l'AMU. On retrouve les ISP seuls sans médecin à bord des VLI (Véhicules de Leger Infirmiers) ou VLS (Véhicule de Léger de Santé). C'est le cas, par exemple, pour le SDIS 44.

²⁸ Article L. 1424-2 du Code général des collectivités territoriales, article 2 de la loi du 6 janvier 1986 (SAMU).

III. L'infirmier et l'urgence

1. Le processus de Bologne

1.1 Présentation

Le 19 juin 1999, les ministres européens de l'Éducation ont signé une déclaration commune à Bologne (Italie) au sujet de l'enseignement supérieur, « afin de favoriser l'intégration des citoyens européens sur le marché du travail et d'améliorer la compétitivité du système d'enseignement supérieur européen à l'échelon mondial ».

Les objectifs sont pour l'Europe :

- l'adoption d'un système de diplômes facilement lisibles et comparables en 3 niveaux : licence (3 ans minimum), master (5 ans), doctorat (8 ans)
- la mise en place d'un système de crédits temps
- la promotion de la mobilité en surmontant les obstacles à la libre circulation
- la promotion de la coopération européenne en matière d'évaluation de la qualité
- la promotion de la nécessaire dimension européenne dans l'enseignement supérieur.

1.2 Les ECTS (European credit transfer and accumulation system)

L'enseignement supérieur subdivise le temps de formation effectué par chaque étudiant en un ensemble « crédit temps » : les ECTS²⁹.

²⁹ Voir site internet : http://ec.europa.eu/dgs/education_culture/publ/pdf/ects/en.pdf

Ils ont pour but de :

- faciliter pour tous les étudiants la lecture et la comparaison des programmes d'études, nationaux et étrangers
- faciliter la mobilité et la reconnaissance interuniversitaire en Europe
- aider les universités à organiser et réviser leurs programmes de formation
- être utilisés à travers de multiples programmes et des diplômes
- rendre l'enseignement supérieur européen plus attractif pour des étudiants hors EU en simplifiant la compréhension des formations et des diplômes.

Ils s'appuient sur le principe que 60 crédits équivalent à la charge de travail d'un étudiant à plein temps pendant une année universitaire (1500 à 1800 heures par an). La valeur du crédit correspond donc environ à 25-30 heures de travail. Les crédits peuvent également être acquis au titre de la formation continue.

2. La formation initiale infirmière

La formation initiale des Infirmiers Diplômés d'État (IDE) est la première formation paramédicale à avoir intégré ce système, ce qui a engendré un nouveau référentiel de formation ayant pour objectif « l'acquisition de compétences pour répondre aux besoins de santé des personnes dans le cadre d'une pluriprofessionnalité »³⁰.

³⁰ Annexes 3 et 4 du référentiel de formation, arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'État d'infirmier.

2.1 Le concept de compétence

Compétence et approche professionnelle

Selon l'Agence Française de Normalisation (AFNOR), « la compétence est la mise en œuvre en situation professionnelle de capacités qui permettent d'exercer convenablement une fonction ou une activité. »³¹

Compétence et approche sociologique

De nombreux sociologues ont étudié ces 20 dernières années la question. Pour Guy Le Boterf³², « la compétence est un savoir agir reconnu. SAVOIR : des connaissances intellectuelles, des représentations. AGIR : des capacités à mettre en œuvre. RECONNU : socialisé, validé, inséré dans un exercice, un lieu ». Ainsi, et comme le souligne Philippe Perrenoud³³, « une compétence est une capacité d'action efficace face à une famille de situations, qu'on arrive à maîtriser parce qu'on dispose à la fois des connaissances nécessaires et de la capacité de les mobiliser à bon escient, en temps opportun, pour identifier et résoudre de vrais problèmes ». La compétence se définit donc par la capacité d'un professionnel à mobiliser conjointement ses savoir, savoir-faire, savoir-être face à une situation donnée dans un contexte professionnel.

³¹ Norme AFNOR X-50-750-3.7.6.

³² Le BOTERF, Guy, *L'ingénierie et l'évaluation des compétences*, Les Éd. d'Organisation, 1999.

³³ PERRENOUD, Philippe, *Construire des compétences, tout un programme*, Vie pédagogique, 1999.

2.2 Les compétences infirmières

2.2.1 Cadre réglementaire

Les compétences des infirmières ont été légiférées par le décret n°2004-802 du 29 juillet 2004 relatif aux parties IV et V du Code de la Santé Publique (cf. annexe IV).

Ce décret distingue pour l'infirmier :

- les compétences relevant de son rôle propre
- les compétences relevant d'une prescription médicale
- les compétences relevant d'une prescription médicale et nécessitant la proximité d'un médecin
- les compétences relevant de la participation à un acte médical
- les compétences face à une situation reconnue comme urgente.

2.2.2 Le référentiel d'activités et de compétences

Le référentiel ne se substitue pas au cadre réglementaire, il a pour objectif de décrire les activités du métier puis les compétences nécessaires en vue de l'obtention du diplôme d'État d'infirmier.

Les activités infirmières

Un emploi est constitué d'un certain nombre d'activités, lesquelles requièrent, pour leur réalisation, la mobilisation de compétences professionnelles préalablement identifiées.

Le référentiel détermine les activités suivantes :

- observation et recueil de données cliniques
- soins de confort et de bien-être

- information et éducation de la personne, de son entourage et d'un groupe de personnes

- surveillance et évolution de l'état de santé des personnes
- soins et activités à visées diagnostique et thérapeutique
- coordination et organisation des activités des soins
- contrôle et gestion des matériels, dispositifs médicaux et produits
- formation et information de nouveaux personnels et de stagiaires
- veille professionnelle et recherche.

Les compétences infirmières

- évaluer une situation clinique et établir un diagnostic dans le domaine infirmier
- concevoir et conduire un projet de soins infirmiers
- accompagner une personne dans la réalisation de ses soins quotidiens
- mettre en œuvre des actions à visées diagnostiques et thérapeutiques
- initier et mettre en œuvre des soins éducatifs et préventifs
- communiquer et conduire une relation dans un contexte de soins
- analyser la qualité de ses soins et améliorer sa pratique professionnelle
- rechercher et traiter des données professionnelles et scientifiques
- organiser et coordonner les interventions soignantes
- informer, former des professionnels et des personnes en formation.

2.3 Finalité et modalités de la formation

2.3.1 Finalité

La formation a pour objectif d'amener l'étudiant à devenir un **praticien autonome, responsable et réflexif**, c'est-à-dire « *un professionnel capable d'analyser toute situation de santé, de prendre des décisions dans les limites de son rôle, seul et en équipe pluriprofessionnelle* ».

Pour cela, l'étudiant va :

- développer des **ressources** sous forme « *de savoirs théoriques et méthodologiques, d'habiletés gestuelles et en capacités relationnelles* »
- développer une **éthique professionnelle** pour « *lui permettre de prendre des décisions éclairées et agir avec autonomie et responsabilité* »
- apprendre à **reconnaître ses émotions** « *en les utilisant avec la distance professionnelle qui s'impose tout en maintenant sa capacité critique et de questionnement* ».

Ainsi, « *exercés au raisonnement clinique et à la réflexion critique, les professionnels formés sont compétents, capables d'intégrer plus rapidement de nouveaux savoirs et savent s'adapter à des situations variées* ».

Tout au long de sa formation, l'étudiant devra atteindre trois paliers d'apprentissage :

- **comprendre**, « *l'étudiant acquiert les savoir et savoir-faire nécessaires à la compréhension des situations* »
- **agir**, « *l'étudiant mobilise les savoirs et acquiert la capacité d'agir et d'évaluer son action* »
- **transférer**, « *l'étudiant conceptualise et acquiert la capacité de transférer des acquis dans des situations nouvelles* ».

Une fois la formation validée, l'étudiant obtient 180 ECTS, c'est-à-dire un niveau licence et le diplôme d'État d'infirmier.

2.3.2 Modalités

Accessibilité

Un étudiant accède à cette formation d'enseignement supérieur après l'obtention d'un baccalauréat (ou d'une équivalence) et la réussite au concours d'entrée.

Enseignement

La formation s'effectue sur 3 années divisées en 6 semestres (4200 h). Elle est répartie équitablement entre enseignement théorique et enseignement clinique (2100 h). Le travail personnel complémentaire est estimé à 900 h.

L'enseignement théorique en institut de formation, délivrant 120 ECTS, est dispensé sous la forme de cours magistraux, travaux dirigés, travaux personnels guidés. Il est composé d'unités d'enseignement (UE) valorisées en ECTS et d'unités d'intégration (UI) qui portent sur l'étude de situations et de cas cliniques, en fin de semestres.

Les unités d'enseignement :

- 1 - sciences humaines et droit
- 2 - sciences biologiques et médicales
- 3 - sciences et techniques infirmières, fondements et méthodes
- 4 - sciences et techniques infirmières, interventions
- 5 - intégration des savoirs et postures professionnelles infirmières
- 6 - méthode de travail et anglais.

L'enseignement clinique, composé de stages (30 semaines), est valorisé par 60 ECTS. Ces stages, d'une durée de 5 ou 10 semaines, sont catégorisés en quatre « familles de situations » :

- soins de courtes durées
- soins en santé mentale
- soins de longues durées, soins de suite et de réadaptation
- soins individuels et collectifs sur les lieux de vie.

L'étudiant doit effectuer au moins un stage dans chaque famille de situations.

2.3.3 Liaison entre les unités d'enseignement et l'acquisition des compétences

En vue d'atteindre les objectifs, le référentiel de formation établit un certain nombre de liaisons entre les unités d'enseignement et l'acquisition des compétences (cf. annexe V).

3. La compétence de l'IDE dans la gestion des urgences

3.1 Le concept d'urgence médicale

Selon l'École Nationale de Santé Publique, « *est considéré comme urgence tout ce qui est ressenti par le patient comme étant d'ordre médical et qui ne peut souffrir de retard* ». Le docteur André Deseur³⁴ précise que « dans la tradition française, l'urgence se définit par la mise en danger à brève échéance – l'heure ou la demi-journée – de l'intégrité physique, voire de la vie d'une personne. Dans d'autres pays, notamment en Amérique du Nord, on lui accorde un périmètre beaucoup plus large, puisqu'on l'étend à tout ce qui est ressenti comme une urgence par le patient ». Le collège des médecins généralistes enseignants de Lyon classe les urgences médicales en différents niveaux :

« L'urgence médicale se définit en 6 niveaux

Niveau 1 : pas de justification d'accès à un plateau technique en urgence

Niveau 2 : le pronostic vital n'est pas engagé, le pronostic est stable mais nécessité d'un plateau technique

Niveau 3 : pronostic incertain et instable, nécessite l'accès rapide à un plateau parfois spécialisé

³⁴ Conseiller national, délégué général à la communication, président de la commission nationale garde et urgence du Conseil National de l'ordre des Médecins
<http://www.droit-medical.com/actualites/4-evolution/208-urgence-medicale#ixzz0owDAG08E>

Niveau 4 : pronostic vital engagé, nécessité d'une intervention immédiate et mise en alerte du SMUR

Niveau 5 : situation d'extrême urgence nécessitant des gestes symptomatiques de réanimation destinés à préserver le pronostic vital en attendant l'arrivée du SMUR ».

L'urgence vitale n'est ainsi qu'une partie des urgences médicales et la définition de l'urgence médicale dépasse largement le domaine de la science pour toucher à ceux de la philosophie, de la sociologie, de l'éthique et de l'économie. La définition de l'urgence médicale est également dépendante :

- du flux des situations considérées comme urgentes : les priorités ne sont pas les mêmes selon que nous nous trouverons en face d'un cas isolé ou d'un afflux massif de blessés

- du type des problèmes rencontrés : médicaux (avec la notion d'« urgence vraie », tel un polytraumatisme, ou d'« urgence ressentie ») et/ou médico-sociaux (personnes âgées, peu insérées socialement, toxicomanes ou en état de détresse psychologique)

- de la nécessité de prodiguer rapidement des soins techniques de qualité

- de la possession par le service receveur d'un plateau technique.

3.2 Les compétences de l'IDE

3.2.1 Cadre législatif

Le législateur a prévu pour l'IDE certaines dispositions spécifiques pour faire face aux situations d'urgence :

L'article R. 4311-7 : « *L'infirmier ou l'infirmière est habilité à pratiquer les actes suivants soit en application d'une prescription médicale qui, sauf urgence, est écrite, qualitative et quantitative, datée et signée, soit en application d'un protocole écrit, qualitatif et quantitatif, préalablement établi, daté et signé par un médecin* ».

L'article R. 4311-14 : « En l'absence d'un médecin, 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 œuvre

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 écrits, daté, signé, remis au médecin et annexé au dossier du patient. En cas d'urgence et en dehors de la mise en œuvre du protocole, l'infirmier ou l'infirmière décide 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 ».

L'article R. 4312-6 : « *L'infirmier ou l'infirmière est tenu de porter assistance aux malades ou blessés en péril* ».

Pour résumer, un IDE qui reconnaît une situation d'urgence grâce à ses compétences d'observation cliniques se doit d'intervenir. Il doit mettre en place des actions relevant de son rôle propre, appliquer un protocole de soins ou une prescription (pouvant être orale), à condition qu'il effectue un compte-rendu écrit, daté et signé. Le contexte de l'urgence repousse les limites usuelles de son champ de compétences en le rendant plus autonome.

3.2.2 Enseignements initiaux relatifs aux urgences

La gestion de l'urgence nécessite des compétences transversales faisant appel à plusieurs domaines de connaissances (anatomie-physiologie, physiopathologie, pharmacologie et techniques de soins). Parallèlement, l'étudiant reçoit un certain nombre d'enseignements spécifiques obligatoires. Pour se perfectionner, il peut les associer à des enseignements optionnels.

Enseignements théoriques

- **sciences biologiques et médicales** : pathologies, pharmacologie, thérapeutique et contribution au diagnostic médical
- **sciences et techniques infirmières** : soins d'urgences (incluant l'AFGSU)

- **initiation à la démarche de recherche** : possibilité d'effectuer sa recherche dans le domaine de l'urgence

Enseignements cliniques

- **soins de courtes durées** : 1 stage obligatoire (+ 1 optionnel) en service urgences/ SAMU/réanimation

- **soins individuels et collectifs sur les lieux de vie** : stage au sein du SSSM (optionnel)

3.2.3 Activités et compétences de l'infirmier relatives aux urgences

L'urgence médicale est un contexte de soins spécifique. En 2008, dans le cadre du remaniement du référentiel de compétences IDE, la commission infirmière de la Société Française d'Urgence Médicale (SFUM) a édité, « un référentiel de compétences : Infirmier(e) en médecine d'urgence ». On y retrouve l'ensemble des compétences requises, selon la SFUM, pour exercer aux urgences. On peut y distinguer les compétences acquises à l'issue de la formation initiale infirmière, les compétences abordées mais nécessitant un enseignement avancé et les compétences non abordées nécessitant un enseignement spécifique³⁵.

³⁵ http://www.sfmum.org/documents/File/referentielsSFMU/Referentiel_IDEU_VF2008-06-1.pdf

IV. L'IADE et l'urgence

1. La formation initiale IADE

1.1 Accessibilité et pré requis

Pour intégrer la formation initiale, les étudiants doivent :

- être titulaires soit d'un diplôme, certificat ou autre titre mentionné à l'article L. 4311-3 ou à l'article L. 4311-12 du Code de la Santé Publique leur permettant d'exercer sans limitation la profession d'infirmier, soit d'un diplôme, certificat ou autre titre mentionné à l'article L. 4151-5 du Code de la Santé Publique leur permettant d'exercer la profession de sage-femme ou d'une autorisation d'exercice délivrée par le ministre chargé de la santé en application de l'article L. 4111-2 du Code de la Santé Publique. Autrement dit, il est nécessaire d'avoir le bac ou une équivalence. J'ai effectué une enquête auprès de 29 personnes, étudiants IADE de Nantes et professionnels. Il en ressort que 76 % d'entre elles détiennent un bac S (scientifique), 10 % un bac SMS (sciences médico-sociales), 7 % un bac ES (économique et social) et 7 % un bac STI (sciences et techniques de l'industrie).

- justifier de deux années minimum d'exercice, en équivalent temps plein, soit de la profession d'infirmier, soit de la profession de sage-femme, au 1er janvier de l'année du concours

- avoir subi avec succès les épreuves d'admission à la formation préparant au diplôme d'État d'infirmier anesthésiste, organisées par chaque école agréée, sous la responsabilité

du directeur général de l'agence régionale de santé. La réussite au concours nécessite pour le professionnel une connaissance des points suivants :

- notions élémentaires de biologie
- les grandes fonctions (avec, pour chacune, la définition, l'anatomie, la physiologie, les pathologies et les soins infirmiers)
- notions sur l'infection
- les différentes étapes de la vie
- pharmacologie
- la profession infirmier
- santé publique

(cf. annexe VI)

L'expérience infirmière

Bien que la formation infirmière soit généraliste, l'infirmier exerce dans un champ de situations (soins de courtes ou longues durées, santé mentale, etc.) et de spécialités (urgences adultes, médecine interne, scolaire, psychiatrie long séjour, réanimation médicale et/ou chirurgicale, etc.). Un IDE qui se présente au concours d'entrée en école d'IADE a donc acquis une maturité professionnelle minimum et enrichi ses compétences professionnelles : il s'est préalablement spécialisé. Par exemple, le « référentiel de compétences de l'IDE en médecine d'urgence » a pour objectif de combler « *un décalage entre ce qu'une infirmière débutante est capable de réaliser et ce que l'on attend d'elle dans une médecine d'urgence* ». Cette analyse est applicable à l'ensemble des domaines d'exercice infirmier. Il existe de nombreuses formations continues, diplômes universitaires, adaptation à l'emploi. L'infirmier qui se présente au concours d'entrée en formation d'IADE a généralement exercé dans le domaine des urgences/réanimation/soins intensifs. Il a donc développé des compétences et une certaine forme d'expertise en soins dits « de haute technicité » et été régulièrement confronté à diverses formes d'urgences. Si l'on prend l'exemple de ma promotion, sur les 12 étudiants nantais de deuxième année, la durée d'activité se situe en moyenne entre 5 et 10 ans (1 seul étudiant a intégré la formation après 2 années seulement d'expérience). Hormis une élève, les étudiants ont tous une expérience professionnelle

au sein d'un plateau technique : urgences/réanimation/bloc opératoire/salle de réveil. 5 étudiants pratiquent ou ont pratiqué une activité de sapeur-pompier volontaire (dont 4 en tant qu'ISP). Enfin, la question de la prise en charge des urgences est un des thèmes récurrents de l'épreuve orale du concours IADE. Par exemple, mon sujet a été « la prise en charge de la morsure de vipère en milieu isolé : la physiopathologie, les conduites à tenir seul puis en équipe pluridisciplinaire ».

1.2. Intégration au processus de Bologne

Dans son communiqué du 3 mai 2010, la SFAR « estime que cette formation spécialisée mérite d'être reconnue et gratifiée dans le cadre de la nouvelle réforme LMD (licence-master-doctorat), et plus spécifiquement au niveau d'un master 2 ». Contrairement à la formation d'IDE, la formation IADE n'a pas encore intégré le processus de Bologne.

Si l'on en croit la ministre de la Santé Roselyne Bachelot-Narquin, « la formation des IADE devrait obtenir le master (bac + 5) d'ici la fin de l'année. Le référentiel d'activité, de compétences et de formation est en cours d'élaboration. À cette refonte de la formation devraient être associées un certain nombre de pratiques avancées. »³⁶

1.3 Modalités

La formation a pour but d'acquérir des connaissances théoriques et cliniques afin de développer les aptitudes, les capacités et les valeurs professionnelles nécessaires à l'exercice de la profession d'infirmier anesthésiste. Cette formation à temps plein, d'une durée de 24 mois, inclut 700 heures d'enseignements théoriques, pratiques et dirigés, 70 semaines d'enseignements cliniques sous forme de stages (2450 h) et 4 semaines de travail personnel (140 h) (cf. annexe VII).

³⁶ Europe 1, 19 mai 2010, émission de Marc-Olivier Fogiel.

2. Les compétences de l'IADE

2.1 Cadre réglementaire

Article R. 4311-12 du Code de la Santé Publique : « L'infirmier ou l'infirmière anesthésiste diplômé d'État est seul habilité, à condition qu'un médecin anesthésiste-réanimateur puisse intervenir à tout moment, et après qu'un médecin anesthésiste-réanimateur a examiné le patient et établi le protocole, à appliquer les techniques suivantes :

1 Anesthésie générale

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

3 Réanimation préopératoire.

Il accomplit les soins et peut, à l'initiative exclusive du médecin anesthésiste-réanimateur, réaliser les gestes techniques qui concourent à l'application du protocole.

En salle de surveillance post interventionnelle, il assure les actes relevant des techniques d'anesthésie citées aux 1°, 2° et 3° et est habilité à la prise en charge de la douleur postopératoire relevant des mêmes techniques.

Les transports sanitaires mentionnés à l'article R. 4311-10 sont réalisés en priorité par l'infirmier ou l'infirmière anesthésiste diplômé d'État. L'infirmier ou l'infirmière, en cours de formation préparant à ce diplôme, peut participer à ces activités en présence d'un infirmier anesthésiste diplômé d'État. »

2.2 Compétences

L'IADE :

- réalise, sous la responsabilité d'un médecin anesthésiste, la prise en charge d'un patient, quels que soient la technique anesthésique, le terrain, le degré d'urgence et la spécialité
- effectue les soins spécifiques de réanimation aux malades atteints de pathologies graves
- maîtrise les outils de gestion et d'organisation des soins en collaboration avec l'équipe soignante dans le cadre de la réanimation et des soins d'urgence
- participe, dans le cadre des urgences, à la prise en charge préhospitalière de tout patient présentant une détresse ou un traumatisme et effectue la surveillance et les soins de ces patients au cours du transport
- participe à l'accueil hospitalier des urgences
- participe à l'encadrement et à la formation des différents personnels de santé
- contribue à la recherche en soins infirmiers et en fait communication
- analyse, évalue sa pratique professionnelle et participe à l'évaluation de la qualité des soins
- s'intègre dans une équipe pluridisciplinaire au sein du service de soins infirmiers et du système de santé.

Compétences transversales

La compétence transversale est, selon Francis Tilman, « *une aptitude à réaliser efficacement une action donnée. Autrement dit, il s'agirait de ce que certains ont appelé un "savoir-agir"* »³⁷. Elle se classe en 4 catégories : attitude, connaissance, habileté, capacité (opération mentale). Après avoir posé, à 7 IADE, la question suivante : « donnez-moi 4 compétences requises pour être IADE », voici les réponses les plus fréquemment obtenues :

Attitude : la rigueur (7), l'adaptabilité (4), l'empathie (3), la gestion de stress (1)

Connaissance : mise à jour des ses connaissances (5)

³⁷ « Définir les compétences transversales pour les enseigner », atelier pédagogique le grain, <http://www.legrainasbl.org/Definir-les-competences>.

Capacité : l'analyse (avoir le sens des priorités) (4), la dextérité (1), l'observation (1)

2.3 L'IADE, un professionnel autonome

2.3.1 Le concept d'autonomie

a) Définition

Étymologiquement, le terme « autonomie » est constitué de deux racines : « auto » (soi-même) et « nomos » (la loi). Il signifierait donc littéralement : se gouverner selon sa propre loi. La définition donnée par le Petit Larousse, dictionnaire encyclopédique, est la suivante : « *indépendance, possibilité de décider, pour un organisme, pour un individu, par rapport à un pouvoir central, une hiérarchie* ».

b) Définition sociologique

Pour M. Crozier, l'autonomie professionnelle se traduit par « *la capacité de l'acteur à élaborer, choisir et mettre en place des stratégies en prenant en compte les contraintes et les opportunités* ». ³⁸

c) Spécificité de l'autonomie professionnelle dans le secteur sanitaire

Selon Bénédicte Goulet³⁹, « du fait de leurs types d'organisation et de leurs objectifs, les secteurs sanitaire et médico-social exigent donc de leurs différents intervenants qu'ils expriment une autonomie

³⁸ CROZIER M., FRIEDBERG E., *L'Acteur et le système*, Seuil, 1977.

professionnelle forte. Ils doivent en effet être capables de se définir, ainsi que leurs comportements professionnels, en réponse à des informations, contraintes et sollicitations de leur milieu professionnel. Ces informations, contraintes et sollicitations, variées et changeantes, imposent une réponse adaptée, précise et souvent rapide, de la part des acteurs. »

2.3.2 L'IADE : un professionnel de santé autonome ?

L'IADE jouit, au sein de la profession infirmière, d'un statut de professionnel autonome. Cette vision a été objectivée par notre promotion lors d'un exercice en début de première année reposant sur l'image que nous possédions de l'IADE.

Dans les faits, au bloc opératoire, le degré d'autonomie de l'IADE dépend de son établissement de soins ainsi que de son expérience. Par exemple, lorsque l'IADE induit le patient avec un médecin anesthésiste, il peut intuber ou administrer les drogues prévues par protocole d'anesthésie (il est autonome sur le dosage). Il n'est d'ailleurs pas rare, notamment en cliniques, de rencontrer des IADE qui pratiquent seuls l'induction anesthésique. Pendant les interventions, il effectue généralement seul la surveillance du patient en étant autonome sur la gestion des anesthésiques. Il anticipe et traite également les déséquilibres physiologiques (ex. : cardiovasculaire) via un remplissage, des drogues vaso-actives (Ephédrine®) ou cardiotoniques (Atropine®). Il anticipe les problèmes liés aux conséquences de chirurgie (antibioprophylaxie, antalgique). En SSPI, il réveille et extube seul son patient. En revanche, les écrits sur l'autonomie factuelle des IADE sont peu nombreux et manquent de précision. L'article R. 4311-12 (16 lignes) récapitule l'ensemble des compétences spécifiques acquises au cours des deux années de formation. Malgré cela, il souligne que l'IADE agit selon un protocole établi par le médecin anesthésiste. Cette autonomie explique au moins en partie l'« exclusivité de ses compétences ». Le mouvement social IADE de 2010 est largement inspiré du manque de reconnaissance écrite de son autonomie. En effet, détenir un master (professionnel),

³⁹ GOULLET, Bénédicte, « *L'autonomie professionnelle dans les secteurs sanitaire et médico-social : influence de l'organisation et de l'encadrement* », DESS Certificat d'Aptitude à l'Administration des Entreprises, mémoire soutenu le 21/09/2000.

c'est être reconnu par l'enseignement supérieur comme « détenant une qualification et une insertion professionnelle de haut niveau »⁴⁰

3. L'IADE face à l'urgence

3.1 L'IADE face à l'urgence : quelles ressources ?

Grâce à la formation reçue, « l'élève doit être capable d'assurer la prise en charge de la personne soignée au cours des situations d'urgences ».

Pour y arriver, l'étudiant IADE reçoit des enseignements théoriques sous forme de cours magistraux, des enseignements dirigés et pratiques en anatomie, physiologie, physiopathologie, pharmacologie, techniques de soins que l'on peut classer sous la forme de (cf. annexe VII) :

- enseignements non spécifiques utilisables en situations d'urgence
- enseignements spécifiques à l'urgence et la réanimation.

L'étudiant reçoit également un enseignement clinique spécifique SAMU-SMUR de 4 à 8 semaines.

- bloc opératoire des urgences : 4 à 8 semaines.
- réanimation/ soins intensifs (optionnel) : 4 à 8 semaines.

3.2 Activités professionnelles relatives à l'urgence

En équipe

⁴⁰ <http://www.enseignementsup-recherche.gouv.fr/cid20190/organisation-licence-master-doctorat-l.m.d.html>.

Dans sa pratique quotidienne, l'IADE est régulièrement confronté aux urgences médicales en équipe pluridisciplinaire. Que ce soit au bloc opératoire, au sein des SAMU/SMUR, au sein des équipes d'urgences intra hospitalières (en binôme avec un médecin anesthésiste). Pour Gaëlle Marillier, au bloc opératoire, *« l'anesthésie est un domaine où chaque geste peut avoir des conséquences immédiates et parfois sévères. La nécessité de devoir déployer à chaque instant vigilance et réactivité fait des IADE des personnels spécifiquement adaptés à l'urgence »*. Elle précise également que *« face à une situation d'urgence, l'IADE possède l'ensemble des compétences pour mettre en œuvre les gestes d'urgence en attendant l'intervention du médecin ou en collaboration avec celui-ci. Sa maîtrise du geste permet une prise en charge rapide, efficace et méthodique de tout patient présentant une détresse vitale »*.

En autonomie

Selon Pascal Schultze, *« croire que l'IADE, dans son exercice quotidien au bloc opératoire, effectue la même démarche intellectuelle et pratique qu'au cours de la paramédicalisation, c'est omettre l'environnement "hostile" de l'activité préhospitalière et la nécessité, en absence de médecin, de prendre des décisions tactiques et non plus des initiatives techniques »*. La réalité semble corroborer ses dires car en pratique, la spécificité IADE n'est quasiment pas prise en compte dans la paramédicalisation.

Au SAMU / SMUR

En France, seuls quelques SMUR effectuent des interventions primaires paramédicalisées (Toulon, Saint-Louis, Thionville). L'équipage ne comprend pas spécifiquement des IADE. En ce qui concerne les transports secondaires, les IADE participent sans exclusivité aux Transports Infirmiers Inter Hospitaliers (TIIH).

Au SSSM

En 2004, 17 départements disposaient du protocole « intubation lors de l'arrêt cardiaque » pour les IADE. Dans les autres départements, les IADE servaient avec les statuts des IDE.

2^{ème} partie :

Le Paramedic dans le système d'urgence
médicale britannique

I. Système de santé britannique

1. Rappel géopolitique

L'Angleterre : ayant Londres pour capitale, elle s'étend sur une superficie de 131 760 km² avec une population de 50 763 000 habitants (en 2006), qui représentent 83,8 % de la population du Royaume-Uni. Son système politique repose sur une monarchie parlementaire (première démocratie parlementaire au monde) et sa monnaie est la livre sterling (£). **Nb** : britannique est synonyme d'anglais.

Le Royaume-Uni : est composé de la Grande-Bretagne et de l'Irlande du Nord. A intégré l'Union Européenne en 1973 mais n'a pas adhéré à la monnaie unique.

La Grande-Bretagne : est composée de l'Angleterre, de l'Écosse et du Pays de Galles.

2. Le modèle beveridgien

2.1 Définition

Le modèle anglais dit "beveridgien", issu du plan Beveridge de 1942, est un système de santé qui assure la gratuité des soins à l'ensemble de la population dans le but de garantir une couverture universelle de maladie. Les grands principes en sont l'universalité, la généralité, l'unicité, l'uniformité des prestations en espèces. En théorie, ce système est financé principalement par l'impôt et dirigé par l'État. Pour en bénéficier, il faut justifier de sa résidence sur le territoire national et être soigné dans une structure publique. En effet, la couverture universelle de maladie ne prend pas en charge la production de soins libérale. Ce système a également été adopté par certains pays du nord de l'Europe (Suède, Danemark, Finlande).

2.2 Rôle de l'État

Sous l'autorité du premier ministre, le ministère de la Santé britannique (Department of Health) dirige :

- le système national d'allocations familiales (Family Allowance Scheme)
- le service national de la santé (National Health Service, NHS)
- l'assurance nationale(National Insurance).

3. Le National Health Service

3.1 Organisation

Le NHS est responsable de l'organisation des structures de production des soins. A l'échelon régional, il est représenté par les « Strategic Health Authorities » (autorités stratégiques de santé). Les « Primary Care Trusts » (groupements de soins primaires) associent les médecins généralistes, les paramédicaux, les acteurs sociaux, les représentants des autorités locales et des patients. Ils desservent une population de 100

000 personnes en moyenne, et négocient les contrats de soins avec les hôpitaux. Les PCT gèrent 75 % du budget du NHS. Chaque PCT se voit attribuer une enveloppe financière, indexée sur la situation économique générale, par les « NHS Trusts », autorités sanitaires d'agglomérations de 500 000 personnes et acheteurs de soins pour les patients du district. Il est à noter que les médecins généralistes sont sous contrat avec le NHS. Jusqu'en 2003, les patients n'avaient pas le choix de leur médecin traitant. De plus, les hôpitaux appartenant aux collectivités publiques, les médecins y ont le statut de salariés.

3.2 Financement

Le NHS, financé en majeure partie par l'impôt, fait fonctionner l'ensemble du système de santé. La Benefits Agency et la Contributions Agency sont chargées de la collecte des cotisations et du versement des prestations. Le budget du NHS est défini à l'avance. Il n'autorise pas ou peu de dépassements. En 2008, les dépenses de santé représentaient 8 % du produit intérieur brut.

3.3 Historique des réformes

Depuis sa création en 1948, le NHS a fait l'objet d'importantes réformes liées aux difficultés chroniques de son fonctionnement. Sous-investissements et gestion bureaucratique du NHS ont eu pour conséquence la dégradation de la qualité des soins, la longueur persistante des délais d'attente (un million de personnes en décembre 2001), des locaux défectueux. En 1991, la réforme « Thatcher » sépare les fonctions d'acheteurs et de fournisseurs de soins afin de créer de la concurrence et de les rendre responsables économiquement. Mais au lieu de résoudre les problèmes, cette réforme a eu pour conséquence le développement d'une médecine à deux vitesses. En effet, les plus aisés financièrement peuvent court-circuiter le système en se faisant soigner dans des cliniques privées (soins non pris en charge par le NHS), tandis que les plus fragiles n'ont d'autre choix que de recourir au service public. En 2003, la réforme de Tony Blair

instaure les Primary Care Trusts avec l'idée de décloisonner le système de santé, de valoriser les hôpitaux (publics ou privés) jugés performants avec l'obtention du statut de « Foundation Hospitals » (fondations hospitalières) qui les rend plus autonomes, d'autoriser un partenariat public-privé « Private Finance Initiative » entre le NHS et le secteur privé afin de réduire les délais d'attente. En parallèle à cette réforme structurelle, il engage d'importants efforts budgétaires pour la création d'emplois au sein du NHS et pour les investissements hospitaliers.

3.4 Évaluation et surveillance du NHS

Un organisme public, le « National Institute for Clinical Excellence » (NICE) veille à l'égalité de la qualité des soins sur l'ensemble du pays et la validation des pratiques médicales. De plus, 572 « Patient and Public Involvement Forums », commissions locales indépendantes représentant les patients et habitants, sont investies de véritables pouvoirs d'enquête et de visite. Ainsi, les organismes du NHS sont obligés de répondre à leurs requêtes (à l'exception du secret médical) et d'organiser les visites nécessaires à ces contrôles. Une commission nationale fait des recommandations au ministre de la Santé à partir des informations recueillies auprès des forums locaux.

II. L'Aide Médicale Urgente en Angleterre

1. Historique

L'Angleterre crée son système de secours à personne « Ambulance Service » à la suite de la deuxième guerre mondiale. Il est composé de professionnels et volontaires, sous la responsabilité des municipalités. En 1974, ce service se professionnalise et se régionalise en intégrant le NHS et acquiert le nom d'« NHS Ambulance Service ». À cette époque, les compétences des ambulanciers se limitent à l'exécution des soins de base : « Basic Life Support » ou BLS (ex. : pansements, réanimation cardio-pulmonaire, pose de voies veineuses périphériques).

Ce n'est qu'au début des années 80 que le concept de « Paramedic » apparaît. Il désigne les véhicules équipés de défibrillateurs portables associés à des professionnels dotés de techniques de soins et de protocoles plus élaborés : sécurisation des voies aériennes (intubation), délivrance des drogues IV. Les ambulanciers sont formés au niveau du « district », sous la responsabilité d'un médecin référent. Ils ne sont pas autorisés à appliquer leurs protocoles hors de leur secteur d'intervention. En conséquence, la prise en charge préhospitalière au niveau national reste hétéroclite. Par exemple, un patient victime d'un infarctus du myocarde bénéficie de trinitrine associée à 300mg d'Aspirine® dans un district et uniquement d'oxygène dans un autre.

De 1985 à 1995, les protocoles s'unifient dans le but d'optimiser les soins prodigués à la population. Le début du 21^{ème} siècle voit l'intégration universitaire de la formation des Paramedics. Le « NHS Ambulance Service » bénéficie au même moment d'une évolution majeure avec la création de la JRCALC « Joint Royal Colleges Ambulance Liaison Committee ». Ce comité d'expert (médecin et Paramedic) est chargé, au niveau national, d'évaluer les pratiques des Paramedics, et d'harmoniser les protocoles thérapeutiques. Seuls les protocoles ayant réellement prouvé scientifiquement leurs efficacités, par des études nationales ou internationales, sont validés (« evidence-based practice »). En 2004, ce comité édite le premier guide national de référence, qui sera réévalué tous les deux ans.

Depuis 2007, les Paramedics sont « registred », c'est-à-dire que leur diplôme est reconnu sur tout le territoire britannique. Il doit être enregistré au sein du conseil des professions de santé, le « Health Professions Council » (conseil des professions paramédicales). Le HPC, assimilable à un ordre professionnel, est responsable de la formation initiale et continue, ainsi que du niveau de compétence de chaque professionnel de santé. Dans ce cadre, il réévalue tous les deux ans les compétences de chaque Paramedic, et en cas de non conformité des pratiques, le conseil est habilité à restreindre le champ d'action d'un professionnel, pouvant aller jusqu'à l'exclure de la profession.

Philosophie de prise en charge : du « Scoop and Run » au « Play and Run »

Historiquement, ce système est basé sur une prise en charge permettant le transfert le plus précoce possible d'une victime vers un service de soins adapté. Avec l'évolution des compétences des Paramedics, ce fonctionnement a beaucoup évolué. Si l'état de la victime le permet, un examen plus approfondi est effectué permettant une médicalisation optimale avant le transport. En traumatologie, les Paramedics appliquent pour les polytraumatisés, le principe de la golden hour, les victimes sont rapidement transportées vers un « trauma center », c'est-à-dire un hôpital de référence doté d'un

« plateau technique » comprenant du personnel qualifié, des locaux et des équipements adaptés.

Avec les réformes des années 2000, les Paramedics ont vu leur champ de compétences s'étoffer (ex. : fibrinolyse). Enfin, face à l'« embolisation » des services d'urgences et des cabinets médicaux, de nouveaux acteurs sont apparus en 2006, les Emergency Care Practitioner.

La British Association of Paramedic

Société scientifique des Paramedics, elle est garante des bonnes pratiques et intervient notamment dans le cadre de la formation initiale.

2. Organisation

Le NHS ambulance service, qui est un organisme national, est l'unique système de secours médical pré-hospitalier britannique. Il est subdivisé en 12 entités régionales, les « NHS Ambulance Trust » (par exemple, la ville de Plymouth dépend du South Western Ambulance Trust, celle de Londres du NHS London Ambulance Trust). Ces NHS Ambulance Trust, sous la direction du « Chief Ambulance Officer » sont considérés comme des producteurs de soins au même titre que les hôpitaux. Ils disposent à ce titre d'un certain degré d'autonomie.

Hiérarchie des NHS Ambulance Trust :

- Chief Ambulance Office : responsable du NHS Ambulance Trust
- Director of Operation : responsable d'un "county" (département anglais) (ex.: Devon, Cornwall, etc.)
- Operational Locality Managers : responsables d'un ensemble de « stations » (casernes)

- Clinical Support Officers: responsables d'une station
- Paramedic Supervisors: responsables d'un ensemble d'équipes
- Lead Paramedic: responsable d'une équipe
- Road Staff (les Emergency Care Assistants, les Technicians, les Paramedics Registered, les Emergency Care Practitioners).

Évaluation

Depuis le 1er avril 2008, toutes les activités des Ambulance Service sont évaluées. Parmi les critères, on retrouve le temps d'attente avant de joindre un répondant, le temps nécessaire à l'envoi d'un vecteur, et dans le cas de l'infarctus, la délivrance d'un traitement « trombolitique » en moins de 60 minutes après l'appel.

En cas de plainte ou d'incident, les appelants peuvent envoyer leur réclamation au service du « Patient Advice and Liaison Service » (PALS). Le NHS Ambulance Service se doit d'accuser réception en moins de 2 jours et de répondre à la demande en moins de 25 jours.

Tous les mois, le NHS Ambulance Service diffuse un « corporate performance report », rapport d'activité mensuelle y incorporant les résultats et la gestion des coûts. Chaque concitoyen peut y avoir accès.

Tous les ans, le NHS Trust évalue son NHS Ambulance Service au cours de l'« Annual Health Check ». Les critères d'évaluation sont confrontés aux normes nationales. Cette commission délivre la « Final Declaration against NHS Standards for Better Health ».

3. Le système d'alerte

Les centres d'appels d'urgence sont appelés « Emergency Call Center » et disposent d'un numéro d'appel unique : le 999. Les appels y sont priorisés en 4 catégories selon la gravité. La réception des appels est effectuée par un « Clinical Supervisor » qui peut avoir un cursus Paramedic ou infirmière. Il utilise un programme informatique afin de déterminer le degré d'urgence de l'appel et les moyens nécessaires pour y répondre : « Advanced Priority Dispatch System » ou AMPDS®. Ce programme informatique détermine un degré d'urgence :

A : atteintes vitales

B : atteintes graves

C : atteintes relatives

Urgent : transport d'un établissement de soins, centre médical, cabinet de professionnel de santé (médecin, infirmier, sage-femme) vers l'hôpital.

Les délais d'interventions :

C'est une des priorités et un des critères de qualité du NHS Ambulance Service, certains objectifs de délais d'intervention sont établis à l'échelon national

Catégorie A :

- arrivée sur les lieux en moins de 8 min.
- départ vers les urgences en moins de 19 min.

Catégorie B :

- arrivée sur les lieux : 19 min.

Catégorie C :

Pas d'obligation nationale, les délais d'action sont déterminés localement.

Catégorie Urgent :

Réponse adaptée selon la situation.

Pour y parvenir, l'AMPDS® déclenche le(s) intervenant(s) ainsi que le vecteur disponible le(s) plus adapté(s).

4. Intervenants et moyens

4.1 Les « Road Staff » ou équipes du terrain

Les Road Staff sont les premiers professionnels de santé au contact de la victime. Ils ont pour mission d'évaluer le degré de gravité, et d'appliquer, si besoin, les protocoles de soins avant d'effectuer un transfert vers un établissement de santé. Les protocoles de soins et les prises en charge varient selon le degré de formation de chaque intervenant.

4.1.1 L'Emergency Care Assistant (ECA)

Ce professionnel est apparu à la suite des réformes des années 2000 du NHS dans l'optique de réduire les coûts. Il est formé au sein des « NHS Trust Collège » (écoles d'apprentissage) et dispose d'un champ de compétences équivalent à nos secouristes. Il a pour mission d'assister le Paramedic ou le Technician, et d'effectuer les premiers soins. Il n'est pas encore habilité à transporter des patients seul mais des réflexions sont actuellement en cours pour développer un système de transport « secouriste » à la française.

4.1.2 Le Technician

Il était l'assistant du Paramedic. Il disposait d'un champ de compétences élargi par rapport au nouveau ECA. Depuis la création des ECA, l'Angleterre n'en forme plus. En revanche, les techniciens continuent à disposer de leurs protocoles : la gestion des voies aériennes avec un masque laryngé, la pose de perfusions et l'administration de certains médicaments (cf. annexe VIII).

*

4.1.3 Le Paramedic Registered appelé Paramedic

Il est la base du système de secours britannique. Il est formé à l'université en 3 ans. Il dispose d'un ensemble de compétences lui permettant de gérer la grande majorité des situations d'urgence préhospitalières.

4.1.4 L'Emergency Care Practitioner

Ce professionnel est apparu suite aux réformes du NHS des années 2000 dans le but de désengorger les services d'urgence et les cabinets médicaux. Il dispose du plus haut niveau de compétences et d'autonomie au sein de l'Ambulance Service. Il s'agit d'un Paramedic ou d'un infirmier (avec une mise à niveau préhospitalière) expérimenté (en moyenne 5 à 10 ans), qui a effectué deux années d'études supplémentaires et obtenu un Bachelor Honours of Emergency Care. Au sein du service de secours, il a pour mission d'effectuer des soins de petite chirurgie, d'adapter les traitements chez les patients souffrant d'affections de longues durées, dans le but d'éviter les hospitalisations inutiles. Il peut également travailler au sein de cabinets médicaux et d'hôpitaux.

4.2 Les autres intervenants

4.2.1 Le Medical Director

Il n'intervient pas sur le terrain, ce médecin exerce à temps plein aux urgences des hôpitaux et n'effectue que quelques heures par mois au sein des Ambulances Service des Ambulance Trust. Il a une mission de supervision.

4.2.2 British Association of Immediate Care (BASIC) Doctor

L'« Immediate Care Doctor » est « le » médecin anglais du pré-hospitalier, et hormis de rares cas (ex.: Londres), il est bénévole. C'est un généraliste ou spécialiste ayant une formation délivrée par la British Association of Immediate Care. Le centre d'appel peut le contacter en cas d'incidents majeurs ou de nécessité de gestes médicaux élaborés (Chirurgie). Il peut être également responsable de postes de secours de type événementiel (concerts, matchs de football).

4.2.3 Les autres acteurs « BASIC »

Infirmiers, secouristes participent aux postes de secours et gestion d'incidents au grand nombre de victimes. Ils disposent d'une formation initiale et continue spécialisée.

4.3 Les vecteurs

Le NHS Ambulance Service dispose de nombreux vecteurs permettant des prises en charge médicalisées plus ou moins approfondies. Ces vecteurs sont positionnés, soit en caserne ou sur un poste avancé fixe soit en « stand-by » au niveau d'un secteur. Ce pré-positionnement est défini par un calcul de probabilités effectué par l'AMPDS®, qui toutes les 66 semaines analyse les statistiques sur les interventions réalisées.

L'« Accident and Emergency Ambulance »

C'est le véhicule de base du NHS Ambulance Service. Chaque véhicule doit être doté d'au moins un Paramedic et d'un équipier (Technician, ECA). Ce type de véhicule est doté de tout l'équipement nécessaire à la prise en charge paramedic. Il est destiné à prendre en charge des victimes sur place ou pendant le transport, le patient pouvant être en position assise ou allongée.

Véhicule léger d'intervention « Rapid Respon's Vehicle »

C'est une voiture dotée d'un seul professionnel (un Technician, Paramedic ou ECP). Son équipement varie en fonction des compétences du professionnel. Avec ce vecteur, La victime peut être plus rapidement évaluée et médicalisée avant l'arrivée d'une ambulance. C'est le vecteur d'intervention principal des ECP.

La moto d'intervention

Ce véhicule autorise une réanimation avancée précoce dans des zones à circulation dense. Son équipage est composé d'un Paramedic.

Le vélo de premières interventions « Cycle Response Units »

Ce vecteur est conçu pour les zones piétonnes ou à forte concentration de population (centres-villes, plages, zones portuaires). Il dispose de l'équipement minimal pour envisager une réanimation (défibrillateur, oxygène, drogues d'urgences et d'antalgie, aspiration, glucomètre). Le professionnel peut être un Paramedic ou un ECA.

L'hélicoptère

Il a pour mission d'accéder à des milieux isolés (mer, montagne, zone éloignée faiblement peuplée) et seul un Paramedic ayant une formation spécifique peut y intervenir. Son équipement est complet et optimisé. Ces vecteurs peuvent être gérés par des administrations civiles (ex. : NHS) ou militaires (ex.: garde-côte). Ils ont un large

rayon d'action et disposent de plus d'habitabilité que ceux que nous rencontrons en France (ex. : Nantes).

III. Le système éducatif britannique

1. Le cursus scolaire

- « primary school », à partir de 5 ans, les enfants y sont évalués 3 fois (key 1 en 2^{ème} année, key 2 en 6^{ème} année et key 3 en 11^{ème}).

- « secondary school », à partir de 11 ans, les élèves accèdent en « comprehensive schools » (collège/lycée général ou technique) ou pour les meilleurs d'entre eux en « grammar school ». Il existe également des écoles privées (ex.: Eton).

En 9^{ème} année, deux cursus sont possibles : passage du GCSE « Général Certificat of Secondary Education » ou d'un BTEC (Business and Technician Education Council). Ensuite, L'étudiant a la possibilité de poursuivre son cursus en vue d'obtenir en 11^{ème} année, le « A-Level » (bac général) ou un BTEC National Diploma (Bac Technologique).

- « *higher education* » (à partir de 18 ans), avec l'entrée à l'université.

L'accès en enseignement supérieur dépend des matières étudiées et des résultats obtenus lors des épreuves du secondaire.

2. les diplômes du secondaire

Le GCSE « Général Certificate of Secondary Education »

L'examen évalue 8 à 12 matières dont 4 obligatoires (mathématiques, anglais, littérature anglaise, sciences), l'étudiant obtenant une note lettrée par épreuve (A, B, C, D, E, F).

A-Level

L'examen est basé sur 4 à 5 matières, il est noté de la même manière que le GCSE.

BETC

Examen validant basé sur le même principe que le GCSE avec des matières plus professionnalisantes, ex. : « BTEC Health » de santé. Il peut être également obtenu par des adultes en formation continue.

BETC ND

Même principe que le A-Level, il n'autorise l'accès qu'à certaines universités (« Fondation Degree »).

3. L'université britannique

3.1 Les établissements d'enseignement supérieur

- les *Ancient universities* (anciennes universités) fondées avant le 19^e siècle (Oxford, Cambridge).

- les *Red Brick universities* (universités en briques rouges) fondées entre le 19^e siècle et le début du 20^e siècle et qui tiennent leurs noms de la couleur des briques utilisées pour les construire.

- les *New Universities* (nouvelles universités) fondées à partir des années soixante. Parmi elles on retrouve les *Post-1992 universities*. Ce sont principalement des instituts de technologie « *polytechnics* » et des établissements d'enseignement supérieur. « *colleges of Higher Education* » qui ont acquis leur statut d'université après 1992

- l'*Open University*, unique université britannique d'enseignement à distance, fondée en 1968.

3.2 Le cursus universitaire

Les diplômes

- « *foundation Degree* », délivrant les « *Higher National Diploma* » (diplômes professionnels)

- « *first degree* », délivrant les « *Bachelor Ordinary* » et « *Bachelor Honours* » qui peuvent être traduits par licences et licences d'honneur

- les « *higher degrees by instruction* » délivrant les masters et doctorats.

Gouvernance : Au Royaume-Uni, les universités sont légalement indépendantes et peuvent recruter librement leur personnel et leurs étudiants.

Accessibilité : un étudiant peut être accepté à un cursus de façon conditionnelle, par exemple « accepté si trois *A-Level* réussis avec des notes **B**, **B** et **C** ». Les universités peuvent éventuellement imposer une matière dans laquelle une note est requise (exemple A en mathématiques). Les notes en lettres peuvent éventuellement être converties en notes numériques, notamment par le « UCAS » (système d'admission universitaire).

3.2.1 Fondation Degree

Il s'agit d'une formation universitaire à vocation professionnelle, accessible également aux professionnels en reconversion ou en formation professionnelle continue. Flexible, elle peut être effectuée à temps plein ou partiel, à l'université ou, pour certains cours, à distance.

Accessibilité : elle est université dépendante et l'expérience professionnelle est prise en compte.

Niveau : les études sont valorisées par 120 ECTS, soit l'équivalent de 2 années universitaires, avec l'obtention en fin de formation d'un « Higher National Diploma ».

Poursuite d'études : à l'issue de leur formation, les diplômés peuvent réintégrer le « Bachelor degree ». Avec le bénéfice de leurs 120ECTS, ils obtiennent un « bachelor » en effectuant une année supplémentaire de formation (60ECTS).

3.2.2 Bachelor Degree

C'est le diplôme qui valide le premier cycle universitaire appelé « Undergraduate », sous forme d'« ordinary pass degree » ou d'« honours degree » (équivalents à notre licence). Les formations délivrant les «honours degree » sont réputées plus exigeantes car il faut généralement 4 ans pour les obtenir.

Les sigles : B (spécialité) + ou – Hons, par exemple, on retrouve BScN ou BN pour les infirmières et « BSc Hons of Paramedics sciences » pour les Paramedics.

Mention : l'obtention du Bachelor peut être associée à une mention : 1^{er}, 2^{ème} ou 3^{ème} degré.

3.2.3 Master's Degree et Doctorate's Degree

Diplôme validant les deuxième et troisième cycles appelés « Post Graduate », on y retrouve le master of Nursing (MScN) et le Doctorate of Nursing (DN).

IV. Le Paramedic Registred

1. Le « Fondation Degree (FdSc) of Paramedic Science »

En Angleterre, 3 diplômes universitaires permettent d'accéder à la profession de Paramedic :

- le « Fondation Degree (FdSc) of Paramedic Science »
- le « Diploma of High Education (DiHE) of Paramedic Science»
- le « Bachelor Honours Degree (BSc Hons) of Paramedic Science ».

Le BSc Hons of Paramedic Science est une formation qui vise à former les Emergency Care Practitioner, le niveau Paramedic est obtenu en cours de formation par équivalence.

FdSc ou DiHE sont les mêmes diplômes, leur dénomination varie en fonction de l'université d'origine (ex. : le DiHE pour les New Universities).

1.1 Accessibilité et pré requis

L'admission se fait sur dossier, les établissements ont des exigences variables mais on retrouve un niveau minimal :

- avoir suivi un cursus secondaire général orienté sciences et mathématiques associé au niveau C (minimum) aux épreuves du GSCE et au A-level (la moyenne) équivalent du bac scientifique

- avoir suivi un cursus secondaire technologique en sciences de la santé avec au moins la moyenne au BETC et BETC ND équivalent au bac SMS.

1.2 Modalités

Les principes :

- il s'agit d'une formation professionnalisante en alternance (stages en Ambulance Service et hôpitaux)

- le diplôme est valorisé par 120 ECTS

- il existe toujours une convention entre l'université et un NHS Ambulance Service de référence

- la formation délivrée doit être accréditée par le HPC et doit s'effectuer sous le contrôle d'un médecin référent.

Durée des études :

Les universités sont autonomes en matière de durée d'enseignement, elles forment sur 2, 3 voire 4 ans (en temps partiel). Ce système permet notamment d'intégrer des professionnels en formation continue. Au final, la formation doit comprendre 3000 heures de formation dont environ 50 % de pratique en stages.

Exemple :

L'université de Coventry délivre une formation sur deux années avec 40 semaines de formation à l'université et 36 semaines en stage⁴¹.

1.3 Enseignement

Le « Benchmark Statement »⁴² (référentiel de formation)

L'intégration officielle des sciences Paramedic à l'université est récente. Elle est notamment la reconnaissance à l'échelon national du Paramedic Registered.

La commission « Quality Assurance Agency for Higher Education » édite le Benchmark Statement qui définit les objectifs de formation et les modalités de délivrance du diplôme. Il est édité par un collectif de professionnels regroupant des membres du HPC, de la British Association of Paramedic, des universitaires (administratifs, professeurs), des membres du Département of Health, etc.

Les enseignants

Ce sont des médecins anesthésistes, des infirmières spécialisées, des sages-femmes, des Paramedics qui détiennent un diplôme universitaire en pédagogie.

Objectifs de formation

L'étudiant devra être capable de :

- effectuer ses activités en autonomie et sans risque
- développer ses capacités d'évaluation clinique auprès de personnels qualifiés
- développer des connaissances théoriques exploitables lors de la pratique clinique
- développer sa capacité à gérer le stress

⁴¹ <http://wwwm.coventry.ac.uk/undergraduate/ugstudy/Pages/ugft.aspx?itemID=401>.

⁴² <http://www.qaa.ac.uk/academicinfrastructure/benchmark/health/Paramedicscience.pdf>

- développer sa capacité à communiquer et utiliser internet comme ressource professionnelle

- développer sa capacité à travailler en équipe

La formation universitaire est enseignée sous forme de cours magistraux, de travaux dirigés et de simulations. Ces simulations peuvent être effectuées sur des mannequins en situation, ou sous la forme d'e-learning (mise en situation virtuelle). Les stages sont réalisés en Ambulance Service, en services d'anesthésie, d'urgence, de soins intensifs.

Les principales matières enseignées (cf. annexe IX)

- notions essentielles de sociologie et psychologie (15 ECTS)

- notions essentielles d'anatomie-physiologie et physiopathologie (15 ECTS)

Étude des grandes fonctions basée sur le « manuel d'anatomie et de physiologie » de Tortora.

- pharmacologie (15 ECTS)

Compréhension des mécanismes pharmacocinétique et pharmacodynamique et connaissance des drogues utilisées en urgence.

- connaissance des valeurs (éthiques) et des règles professionnelles (15 ECTS)

- évaluation et examen clinique appliqué à la médecine préhospitalière (15 ECTS)

Basé sur la méthode de l'ABCD (Airways, Breathing, Circulation, Disability). L'examen est méthodique et systématique. L'ouvrage de référence est le *Nancy*

Caroline's Emergency care in the streets adapté par la British Association of Paramedic.

- techniques de soins paramedics

Conduite d'ambulances, gestion des voies aériennes, gestion des abords veineux, immobilisation, management de la mobilisation, drainage thoracique, hygiène, etc.

- management des soins d'urgence (protocoles de soins)

- apprentissage des méthodes de recherche et des techniques d'acquisition du savoir (ex. : lectures professionnelles). Développement d'une pratique professionnelle basée sur des preuves scientifiques (« Evidence Based Approach »).

2. Les compétences du Paramedic Registered

2.1 Cadre réglementaire

Le HPC est responsable de la profession, les compétences des Paramedics sont formalisées sous la forme du « Standards of Proficiency of Paramedic » (normes standards de la profession Paramedic) (cf. annexe X).

Les idées fortes :

« QUALITÉS REQUISES POUR UN PROFESSIONNEL DE SANTÉ

Autonomie et responsabilité professionnelle :

- pratiquer dans les limites légales et morales de leur profession
- exercer sans discrimination
- respecter la confidentialité
- obtenir le consentement éclairé du patient
- exercer dans le respect des règles professionnelles
- exercer en tant que professionnel autonome et exercer son jugement professionnel

- entretenir sa santé et ses aptitudes physiques

Relations entre Professionnels :

- exercer en partenariat avec les professionnels, le personnel, les patients, les familles et les travailleurs sociaux
- entretenir un mode de communication efficace et approprié (niveau d'anglais)
- comprendre l'intérêt d'établir une communication efficace dans le but de soins

COMPÉTENCES REQUISES POUR LA PRATIQUE

Mettre en œuvre une évaluation clinique appropriée :

- rassembler des informations appropriées
- choisir et utiliser la technique d'évaluation clinique appropriée
- entreprendre des investigations appropriées
- analyser avec un sens critique les informations rassemblées

Mettre en œuvre des protocoles et des stratégies de soins :

- comprendre, analyser et résoudre des problèmes
- mettre à jour ses connaissances et ses compétences
- mettre en place des protocoles appropriés au contexte et au degré d'urgence
- mettre en place avec habileté des procédures d'évaluation clinique, de surveillance, des traitements ou d'autres actions sans risques
- rapporter par écrit toutes les informations relatives à la prise en charge (dossier d'intervention)

Avoir un regard critique sur sa prise en charge :

- évaluer continuellement les actions mises en œuvre et modifier la prise en charge si nécessaire
- être capable de remettre en cause ses pratiques

CONNAISSANCES

Maîtriser les connaissances fondamentales à la pratique professionnelle (anatomie-physiologie, physiopathologie, techniques Paramedic)

Modifier sa pratique en fonction du contexte

Exercer dans le respect des règles de sécurité

2.2 Compétences pratiques

Le JRCALC édite, tous les 2 ans, un guide national de référence⁴³. Ce guide définit l'ensemble des protocoles entrant dans le champ de compétences des Paramedic (évaluation, management, thérapeutiques, procédures techniques) (cf. annexe XI). Les protocoles ont une architecture standard « introduction, history, assesment, management, additional informations, references » (introduction et définition du problème de santé, les histoires de la maladie, l'examen clinique, la prise en charge immédiate, réévaluation, références scientifiques.) (cf. annexe XII)

2.3 Compétences transversales

J'ai demandé à Hamish Anderson de citer 4 compétences requises pour être Paramedic. Voici ses réponses : « être empathique, communiquer, garder ses distances, analyser ».

⁴³ <http://www.jrcalc.org.uk/guidelines>

3^{ème} partie :

Analyse et synthèse

I. Analyse : convergences et divergences

1. Système de santé et d'urgence

Les deux pays disposent d'un système de santé basé sur la solidarité nationale avec, comme idée commune, l'accès aux soins pour tous. Il y a 60 ans, les modalités divergeaient : d'un côté, l'Angleterre et son système 100 % public géré par l'état, et de l'autre la France et son système mixte géré par les partenaires sociaux. Depuis, ces systèmes de santé sont confrontés à de grandes difficultés : peu efficace et mal doté en Angleterre, augmentation des demandes en matière de santé et dépenses mal contrôlées en France. Pour y faire face, les états essaient de rationaliser et d'optimiser leurs

systèmes : la France en créant par exemple une seule entité (les ARS qui ressemblent au NHS anglais), et l'Angleterre qui introduit le système libéral et la notion de compétitivité.

2. Les systèmes d'Aide Médicale d'Urgence

Avant 2000, La France détenait un système composé de nombreux intervenants, la réponse étant basée sur un système bicéphale (une réponse médicale ou une réponse secouristes en grande parties non professionnelles). Depuis est apparu un intervenant aux qualifications intermédiaires : l'infirmier protocolé, avec la gestion des urgences relatives pour mission première. La régulation de L'AMU française est doublée (SAMU/SDIS), avec pour décisionnaire un médecin du centre 15. L'Angleterre détenait un système de secours paramédicalisé avec une autorité unique (NHS Ambulance Service), doté d'intervenants professionnels formés à deux niveaux : des secouristes améliorés, les Technicians et des professionnels de santé, les Paramedics. Le médecin, participant rarement aux secours, détient plutôt une position de directeur scientifique.

Ces 10 dernières années ont vu l'arrivée de deux nouveaux acteurs : les Emergency Care Assistants c'est-à-dire des secouristes amenés à remplacer les Technicians (car moins cher), et les Emergency Care Practitioners (Paramedics ou infirmières avec formation d'adaptation à la pratique préhospitalière) avec 2 années supplémentaires de formation. Ces ECP ne sont pas des « super » Paramedics, ils ont pour mission de gérer à domicile ou en centre médical les urgences relatives. Ce système est doté d'une régulation unique dirigée par des non-médecins et un programme informatique décisionnaire.

On peut distinguer un élément que l'on commence à retrouver en France et qui est plus marqué en Angleterre : l'omniprésence du contrôle qualité et de l'évaluation des pratiques professionnelles et des résultats. Ex. en France : mise en place des statistiques du délai de réponse aux appels à la régulation du SAMU de Nantes, évaluation de la qualité des pratiques professionnelles en intervention des ISP au sein du SSSM 44.

3. Formation IADE / Paramedics

Prérequis

On retrouve des populations qui ont suivi des parcours scolaires en secondaire équivalents avec majoritairement un cursus général axé sciences ou un cursus technologique axé sciences Médico-sociales.

Modalités

La durée des études n'est pas comparable : 7500 h de formation IADE (5 ans avec une expérience professionnelle minimale de deux ans) et 3000 h (2 à 3 ans) pour le Paramedic. Contrairement aux Paramedics, le cursus IADE n'est pas exclusivement porté sur l'urgence préhospitalière, ceci dit, à l'issue de son parcours de formation, l'IADE dispose d'une solide formation à l'urgence. Si l'on compare les cursus Paramedic et IADE, ces deux formations sont des enseignements supérieurs à vocation professionnalisante, effectuées en alternance avec au moins 50 % de stages, denses (les périodes de vacances sont inférieures à celle que l'on retrouve dans le cursus universitaire standard), sous le contrôle scientifique d'un professeur en médecine.

Les lieux de stages sont identiques :

- préhospitaliers : SMUR pour les IADE, Ambulance Service pour les Paramedics

- urgences et blocs des urgences

- anesthésie

-soins intensifs, réanimation.

Enfin, ces formations dispensent des enseignements fondamentaux communs : anatomie-physiologie, physiopathologie de l'urgence, pharmacologie, sciences humaines (sociologie, psychologie, législation, éthique), techniques de soins, évaluation clinique (sémiologie), initiation à la recherche, communication.

Je ne peux pas, à ce jour, comparer précisément les programmes. Il aurait fallu pour cela obtenir l'ensemble des programmes complets avec des équivalences précises en termes d'ECTS. J'espérais en obtenir de l'université anglaise mais mes demandes sont restées sans réponse et le programme IADE n'en dispose pas encore (futur référentiel 2012)

Cependant, si l'on compare quelques ECTS donnés à titre indicatif par l'université de Hertfordshire (cf. annexe IX), et les données du référentiel de formation IDE (cf. annexe XII), on en ressort ceci :

	IDE	Paramedic
Sciences humaines	15	15
Anatomie - physiologie Physiopathologie	23	15
Pharmacologie	5	15
Recherche dont mémoire	16	15

En matière d'anatomie-physiologie, l'étudiant IADE utilise les mêmes ressources bibliographiques que le Paramedic, « le manuel d'anatomie et de physiologie » de G. Tortora. En matière de physiopathologie, lorsque l'on compare le programme IADE en matière d'urgence et la liste des protocoles Paramedics du JRCALC de 2006, les données sont convergentes. En pharmacologie, les IADE bénéficient d'une formation approfondie. Ainsi, il leur est enseigné pour chaque médicament : la pharmacodynamie, la pharmacocinétique, les effets secondaires, les contre-indications et la posologie. Les drogues utilisées par le Paramedic sont toutes enseignées dans le cursus IADE.

4. Compétences générales

Si l'on confronte les décrets de compétences IDE et Paramedic (cf. annexe XIV), on réalise que le Paramedic est loin d'être un « pur » technicien sans autonomie. Il est

reconnu par le NHS et le HPC comme autonome, responsable, adaptable et dispose d'un droit de prescription limité. Le protocole n'est qu'un outil du Paramedic au service de son jugement clinique. Son champ de compétences est néanmoins réduit à l'urgence pré-hospitalière.

L'IADE est un praticien autonome, responsable et réflexif. Dans sa pratique au bloc, l'IADE est « prescripteur » (drogues anesthésiques, vaso-actives, solutés, antalgiques, etc.). En matière d'urgence, lorsqu'il « paramédicalise », il ne dispose pas de plus d'autonomie que son collègue IDE (protocoles d'urgences identiques), excepté pour la gestion des voies aériennes. Enfin, le contexte d'urgence isolée sans médecin repousse les limites usuelles de son champ de compétences.

5. Compétences techniques

L'IADE dispose des mêmes compétences techniques que le Paramedic, à quelques exceptions près :

La conduite d'ambulances

Le drainage thoracique et cricothyrotomie en urgence

L'IADE n'est pas habilité à effectuer le geste, en revanche on lui enseigne la physiopathologie, les signes cliniques, les objectifs, le matériel, la technique de pose en urgence et programmée, les effets indésirables et les complications éventuelles.

L'« assesement »

Le Paramedic est un spécialiste de l'examen clinique, il dispose d'un algorithme rigoureux qu'il peut adapter en fonction du problème de santé et/ou du contexte. Chaque

question posée, observation et geste effectué ont un but précis. Il est titulaire d'une solide formation pratique et théorique en sémiologie des urgences préhospitalières, qui lui permet d'établir une « hypothèse diagnostique » et de mettre en œuvre des moyens thérapeutiques (matériels ou médicamenteux) pour y faire face (exemple : trauma emergency p. 292 guidelines JRCALC 2006). L'IADE connaît de nombreux signes cliniques et est capable d'élaborer un jugement clinique mais on ne retrouve pas dans sa formation l'élaboration d'un examen clinique aussi formalisé et approfondi (ex.: réflexes ostéo-tendineux, réflexes tronculaire, etc.) et notamment dans le contexte de l'urgence préhospitalière.

La lecture de l'ECG

Les Paramedics sont habilités à analyser les éléments suivants : les troubles de rythme, le décalage ST +. L'IADE est habilité à effectuer un ECG et dispose d'une formation complémentaire à la détection des troubles du rythme.

6. Les protocoles

Le «guidelines » (guide de conduite) du Paramedic est composé de 492 pages. Il est édité par un collège d'experts et de Paramedics. On y retrouve les méthodes d'évaluation appliquées aux problèmes et au contexte, les conduites à tenir (médico-social, médico-légal), les protocoles thérapeutiques, les procédures techniques. Les 62 protocoles (2006) « de prise en charge » sont structurés de la même manière : définitions et physiopathologie, signes cliniques, conduite à tenir, réévaluation, diagnostics différentiels, références scientifiques. La pharmacopée du Paramedic est plus limitée que celle des SMUR Français. Elle demeure néanmoins plus complète que celles utilisées dans les protocoles paramédicaux SSSM (ex.: Antalgique IV : Kétamine). Les drogues pédiatriques ont des posologies définies en ml/âge contrairement au ml/kg afin de limiter les calculs mentaux pendant l'intervention. En France, les protocoles sont moins étoffés et ne sont mis en place qu'en réaction à des signes cliniques. Bien que la mission initiale de l'IDE/IADE soit l'urgence relative

(douleur), ils détiennent des protocoles d'urgence (arrêt cardio-respiratoire). En effet, dans le domaine de l'urgence préhospitalière, les informations délivrées dans les messages d'alertes ne correspondent pas toujours à la réalité et les situations peuvent également se dégrader. Enfin, si l'on prend le cas des sapeurs-pompiers, il n'existe pas de protocoles homogènes nationaux. Par exemple, les ISP du SDIS 35 sont dotés d'un protocole antalgique avec du MEOPA (Mélange Equimolaire Oxygène Protoxyde d'Azote), les IADE SP du SDIS 67 peuvent intuber sur un arrêt cardio-respiratoire. Dans certains départements, ce ne sont pas « réellement » des protocoles puisque l'IDE/IADE doit demander l'autorisation (prescription médicale) au médecin régulateur (ex. de la morphine pour le SDIS 44).

II. Synthèse

Ce travail de recherche comporte de nombreuses limites : le manque de données exploitables en ce qui concerne les programmes de formation, l'impossibilité technique de confronter mes recherches à la réalité du terrain, mes traductions anglaises qui peuvent être parfois approximatives. Mais à la question, « dans le domaine des urgences préhospitalières, quelles sont les convergences et les divergences des compétences d'un IADE français vis-à-vis de celles d'un Paramedic anglais ? », je peux dégager un certain nombre d'enseignements. Il existe de véritables convergences en termes de « connaissances et savoirs » et de « compétences techniques ». En revanche, je dégage deux divergences notables en matière de « compétences stratégiques/ jugement clinique/ résolution de problème » :

La première, l'IADE ne maîtrise pas au terme de son enseignement l'« assement » formalisé, c'est-à-dire une méthode rigoureuse d'évaluation clinique. Cependant, il en

détient les clefs et il faudrait peu de choses pour qu'il en soit capable. J'appuie cette idée sur le fait que le diplôme d'IDE français est reconnu en Angleterre, et un IDE anglais, titulaire d'une expérience aux urgences, peut obtenir le statut de Paramedic en contrepartie d'une courte formation d'adaptation à l'emploi (modalités variables en fonction du NHS ambulance local). Il peut même intégrer, au même titre qu'un Paramedic, la formation d'Emergency Care Practitioner, c'est-à-dire le plus haut niveau des Paramedics. Qu'est ce qu'un IADE ? Un IDE reconnu expert en urgence. Et si des doutes demeurent, il suffit d'analyser le référentiel de compétences de l'infirmier aux urgences édité par la SFUM en juin 2008⁴⁴. L'IADE dispose de l'ensemble de ces compétences et plus encore à condition qu'il les pratique régulièrement.

La seconde, le Paramedic est reconnu officiellement compétent à l'élaboration d'une « hypothèse diagnostique » et à la « prescription limitée » dans son champ de compétences. À ce jour, ces termes ne font pas officiellement partie du champ lexical d'un IDE ou d'un IADE.

Ceci dit, les choses évoluent en France. Après le rapport du Pr Yvon Berland en 2003 sur la Mission « Coopération des professions de santé : le transfert de tâches et de compétences » et la mise en place de pratiques avancées pour les IDE spécialisés, l'État charge Laurent Hénart d'une mission relative à la création de nouvelles professions dites intermédiaires, c'est-à-dire « entre les paramédicaux et les médecins, formés au niveau.

Enfin, ce travail m'a interpellé sur la rigueur de l'évaluation des compétences de chaque professionnel. Quel professionnel de santé français serait prêt à confronter sa pratique tous les 2 ans au risque de perdre ses prérogatives ? Et pourtant, si je prends un exemple personnel : avant d'entrer à l'école d'IADE, j'étais persuadé de maîtriser parfaitement la ventilation au masque, sûr de mes 13 années d'expériences dans le milieu du secours à personne. Le jour où je fus confronté à mes premiers patients anesthésiés, à ventiler manuellement, la déconvenue fut immense : j'étais inefficace ! Pourtant, Je connaissais bien le geste « théorique » et « en pratique » sur mannequin, mais je l'avais rarement pratiqué sur un être humain (en moyenne 1 fois par an). Une pensée m'est venue à

⁴⁴ www.sfum.org

l'esprit « Pensons-nous être tous de bons professionnels, comme nous sommes tous persuadés d'être bons conducteurs ? Sommes-nous vraiment efficaces ? » C'est une question difficile à se poser mais les Anglais semblent avoir déjà trouvé leur réponse via L'Evidence Based Practice.

Conclusion

Cette étude m'a permis d'objectiver la vision superficielle que j'avais du Paramedic, bien qu'il ne s'agisse ici que d'une approche. J'ai notamment découvert que chaque professionnel de santé britannique collabore avec le milieu médical sans être sous sa tutelle directe. Ces professions de santé développent un savoir propre et s'autogèrent dans le respect des lois britanniques. En France, l'idée progresse mais au vu de la difficulté de la mise en place de l'Ordre National Infirmier, on est en droit de penser que le chemin risque d'être encore long !

Ce travail met également en évidence que l'« européanisation » et plus largement la « mondialisation » impactent sur les systèmes de santé, et par conséquent sur les aides médicales d'urgence. L'objectif des États est commun : rationaliser les moyens tout en développant l'efficacité, c'est-à-dire optimiser la prise en charge. Dans cette optique, les experts internationaux de l'AMU collaborent en développant des réseaux et des bases de données pour confronter et améliorer l'efficacité de leurs pratiques avec par exemple « The European Emergency Data project », et « Hesculaep project ». Les changements sont

inévitables et la place de tous les acteurs de santé est amenée à évoluer. D'autant plus que le patient est devenu un acteur incontournable de sa santé, il participe et évalue de plus en plus sa prise en charge.

Ces changements sont à la fois enthousiasmants et terriblement angoissants pour les professionnels de santé que nous sommes. En 2010, nous ne pouvons plus clamer haut et fort que nous sommes compétents et que nous exerçons dans « l'intérêt du patient » simplement parce que nous avons un diplôme. Il faut l'« objectiver » au quotidien ! « The right man at the right place⁴⁵ » passera par une évaluation des pratiques professionnelles rigoureuse et le développement de la recherche en soins infirmiers en collaboration avec les acteurs de soins internationaux. J'espère en tant que professionnel y participer activement.

Bibliographie

WITORSKI, Richard, *Formation, travail et professionnalisation*, L'Harmattan, 2005.

MARILLIER, Gaëlle, TIP « *La Place de l'IADE chez les infirmiers SP* », École d'IADE du CHU de Besançon, 2008.

SCHULTZE, Pascal, TIP « *L'Infirmier anesthésiste en pré-hospitalier sans médecin* », École d'IADE de l'APHP, 2004.

LE BOTERF, Guy, *L'Ingénierie et l'évaluation des compétences*, Les Éd. d'Organisation, 1999.

PERRENOUD, Philippe, *Construire des compétences, tout un programme*, Vie pédagogique, 1999.

CROZIER M., FRIEDBERG E., *L'Acteur et le système*, Seuil, 1977.

GOULLET, Bénédicte, « *L'autonomie professionnelle dans les secteurs sanitaire et médico-social : influence de l'organisation et de l'encadrement* », DESS Certificat d'Aptitude à l'Administration des Entreprises, mémoire soutenu le 21/09/2000.

⁴⁵ Devise des systèmes d'urgence anglo-saxons, « la bonne personne à la bonne place ».

SHA, *Emergency Services Review : A Comparative Review of International Ambulance Service Best Practice*, 2009.

JRCALC Guidelines 2006

JRCALC Guidelines 2004

CAROLINE, Nancy, *Emergency Care in the Streets (6th edition)*, Jones and Bartlett, 2008.

NAEMT, PHTLS, *Secours et soins préhospitaliers aux traumatisés*, Elsevier Masson, 2007.

NAEMT, *Advanced Medical Life Support (3rd edition)*, Pearson, 2007.

Annexe 1 du référentiel d'activités, arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'État d'infirmier.

Annexe 2 du référentiel de compétences, arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'État d'infirmier.

Annexe 1 du référentiel d'activités, arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'état d'infirmier

Activités relatives à la prise en charges des urgences.

Annexe 2 du référentiel de compétences, arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'État d'infirmier

Compétences relatives à la prise en charges des urgences.

Annexes 3 et 4 du référentiel de formation, arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'État d'infirmier.

Commission infirmière de la SFUM, *Référentiel de compétences : infirmier(e) en médecine d'urgence*, SFUM, Juin 2008.

Webliographie

Site AISS, SSW sécurité sociale dans le monde

Site CLEISS2

http://fr.wikipedia.org/wiki/Systeme_de_sante_français

<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/dossiers/assurance-maladie-europe/politique-union-europeenne.shtml>

<http://cesusamu.chez.com/appligos/samu/samu.html>

http://fr.wikipedia.org/wiki/Aide_médicale_urgente

<http://www.clge.fr/> (collèges des généralistes enseignants de Lyon)

<http://www.legrainasbl.org/Definir-les-competences>.

<http://www.enseignementsup-recherche.gouv.fr/cid20190/organisation-licence-master-doctorat-l.m.d.html>.

<http://www.sfum.org>

http://www.sfm.u.org/documents/File/referentielsSFMU/Referentiel_IDEU_VF2008-06-1.pdf

<http://fr.wikipedia.org/wiki/Royaume-Uni>

<http://fr.wikipedia.org/wiki/Angleterre>

http://www.londonambulance.nhs.uk/working_for_us/paramedic_science_degrees.aspx

http://wikipedia.org/wiki/Advanced_Medical_Priority_Dispatch_System

www.basics.org.uk

www.jrcalc.org.uk/guidelines

<http://www.jrcalc.org.uk/guidelines>

<http://www.nice.org.uk/>

www.hpc-uk.org

<http://www.hpc-uk.org/>

<http://www.britishparamedic.org/>

http://en.wikipedia.org/wiki/Masters_degree

<http://en.wikipedia.org/wiki/Doctorate>
http://en.wikipedia.org/wiki/Bachelors_degree
<http://www.direct.gov.uk/en/EducationAndLearning/QualificationsExplained/>
http://fr.wikipedia.org/wiki/Universit%C3%A9s_au_Royaume-Uni
http://fr.wikipedia.org/wiki/Syst%C3%A8me_educatif_britannique
<http://fr.wikipedia.org/wiki/A-level>
http://en.wikipedia.org/wiki/GCE_Advanced_Level
http://en.wikipedia.org/wiki/BTEC_ND
<http://www.direct.gov.uk/en/EducationAndLearning>
<http://www.qaa.ac.uk/academicinfrastructure/benchmark/health/Paramedicscience.pdf>

Table des annexes

	Page
Annexe I : équipement d'un SMUR	95
Annexe II : AFGSU	96
Annexe III : équipement d'un VSAV Norme NIT 330	97
Annexe IV : extraits du décret n°2004-802 du 29 juillet 2004 relatif aux parties IV et V du Code de la Santé Publique	98
Annexe V : liaison entre les unités d'enseignement et l'acquisition des compétences	102
Annexe VI : connaissances pré requises au concours d'entrée en école d'IADE	104
Annexe VII : programme de la formation IADE	107

Annexe VIII : champ de prescription des acteurs du pré-hospitalier anglais	118
Annexe IX : programme de formation du Fondation Degree en science Paramedic de l'université de Hertfordshire de Londres	120
Annexe X : décret de compétence du « Paramedic Registered » et traduction	123
Annexe XI : sommaire du « Clinical Practice Guidelines JRCALC » 2004	132
Annexe XII : extrait du « Clinical Practice Guidelines JRCALC » 2004	135
Annexe XIII : tableau de correspondance entre les Unités d'Enseignement et les ECTS de la formation IDE	138
Annexe XIV : convergences des décrets de compétences IDE / Paramedic	142

ANNEXE I

EQUIPEMENT D'UNE AMBULANCE SMUR

On retrouve dans ce matériel (« L'équipement d'une ambulance SAMU-SMUR », technique Hospitalière, n°590, novembre 1994.)

- Pour la réanimation cardio-vasculaire
 - Un électro-cardioscope avec enregistreur permettant l'analyse multipistes de l'électrocardiogramme sur un mode diagnostique, un défibrillateur et un dispositif de stimulation transthoracique
 - Un appareil de mesure automatique de la pression artérielle et un appareil manuel avec brassards adaptés à la taille des patients.
 - Au moins deux pousse-seringues électriques
 - Ces dispositifs doivent être munis d'alarmes sonores réglables.
 - Les matériels permettant l'accès veineux périphérique ou central que l'accès intra-osseux sous la forme de kits pré-conditionnés.
 - Les dispositifs permettant de perfusion, l'autotransfusion, le garrot pneumatique.
 - Un kit transfusionnel.
 - Un appareil de mesure de l'hémoglobine.
 - Un aimant pour contrôle des dispositifs implantés.
 -
 - Les médicaments
 - Une mallette contenant l'ensemble des médicaments pour la réanimation des défaillances respiratoires, circulatoires ou neurologiques.
 - Les solutés de perfusion et de remplissage.
 - Les médicaments nécessaires à la prise en charge des patients selon une liste préétablie comportant notamment les analgésiques, les sédatifs, les antibiotiques, les catécholamines, les thrombolytiques, les substances anti-dotaies...

- L'immobilisation
 - Un matelas à dépression et différents d'immobilisation du rachis cervical et des membres.
- Divers
 - Un brancard adapté au transport du malade, à la contention, ainsi qu'à la disposition du matériel thérapeutique et du monitoring.
 - Une chaise roulante pliable
 - Un appareil de mesure de la glycémie capillaire
 - Des thermomètres
 - Un dispositif de prévention de l'hypothermie
 - Un lot de sonde gastriques et de poches de récupération
 - Un kit de drainage urinaire
 - Un détecteur de monoxyde de carbone
 - Un CO testeur
 - Un kit accouchement

L'ensemble des dispositifs nécessitant une source d'énergie est autonome pour une durée maximale estimée de transport.

ANNEXE II

AFGSU « Attestation de Formation aux Gestes et Soins d'Urgence »

Niveau 1 :

Objectifs : acquisition des connaissances pour identifier une urgence à caractère médical et effectuer la prise en charge seul ou en équipe en attendant une équipe médicale

Public : tout le personnel des établissements médico-sociaux

Durée de formation : 12 heures

Niveau 2 :

Objectifs : Acquisition de techniques non invasives de prise en charge des urgences(ex : retrait de casque, utilisation de chariot d'urgences, scope, etc....).

Public : professionnels de santé inscrits dans la quatrième partie du code de la santé publique (Infirmières, Aide soignante, Ambulancier).

Durée de formation : 9 heures

Niveau 3 :

Objectifs : acquisition des connaissances pour participer à la gestion de crise en situation de risques sanitaires N.R.B.C. (Nucléaire, Radiologique, Biologique, Chimique)

Public : professionnels de santé, reconnus aptes médicalement, volontaires ou sollicités par les établissements de santé

Durée de formation : 9 heures

ANNEXE III

ANNEXE D
INFORMATIVE
MATÉRIELS

Liste des matériels pouvant compléter l'armement du V.S.A.V

Tableau 1 : Ventilation / Respiration

N°	Matériels	Normes	Quantité
1	Dispositif d'aspiration de mucosités électrique avec sondes d'aspiration	EN ISO 10079-1	1
2	Dispositif d'aspiration de mucosités portable avec sondes d'aspiration	EN ISO 10079-2	1

Tableau 2 : Circulation

N°	Matériels	Normes	Quantité
1	Supports à soluté	-	2

Tableau 3 : Type d'équipement de diagnostic

N	Matériels	Normes	Quantité
1	Appareil de tension manuel ou automatique	-	1
2	Oxymètre	EN ISO 9919	1
3	Stéthoscope	-	1
4	Thermomètre (échelle minimale 28°C-42°C)	EN 12470-1	1
5	Lampe diagnostic	-	1

Tableau 4 : Bandage et matériel d'hygiène

N°	Matériels	Normes	Quantité
1	Draps de préférence à usage unique	-	2
2	Couvertures bactériostatiques	-	2
3	Couvertures de survie	-	2
4	Draps de survie (usage unique)	-	2
5	Lot de matériel pour le traitement des plaies	-	1
6	Lot de matériel pour le traitement des brûlures thermiques et chimiques	-	1
7	Récipient pour réimplantation permettant de maintenir la température intérieure à + 2°C pendant 2 heures	-	1
8	Haricot	-	1
9	Sac à vomissements	-	1
10	Bassin	-	1
11	Urinal (non en verre)	-	1
12	Boîte avec au moins une centaine de gants à usage unique non stériles et de tailles différentes	NF EN 455-1, -2	1
13	Matériel de nettoyage et de désinfection	-	-
14	Lot de sacs poubelle	-	1

Note : Certains matériels peuvent être doublés en vue d'être conditionnés dans un dispositif portable.

Extraits du décret n°2004-802 du 29 juillet relatif aux parties IV et V du Code de Santé Publique.

Article R. 4311-1

« L'exercice de la profession d'infirmier ou d'infirmière comporte l'analyse, l'organisation, la réalisation de soins infirmiers et leur évaluation, la contribution au recueil de données cliniques »

Article R. 4311-2

« De concourir à la mise en place de méthodes et au recueil des informations utiles aux autres professionnels, et notamment aux médecins pour poser leur diagnostic et évaluer l'effet de leurs prescriptions »

Article R. 4311-5

« Dans le cadre de son rôle propre, l'infirmier ou l'infirmière accomplit les actes ou dispense les soins suivants »

Dépistage et évaluation des risques de maltraitance ;
Aide à la prise des médicaments présentés sous forme non injectable ;
Surveillance de leurs effets ;

Surveillance de l'élimination intestinale et urinaire et changement de sondes vésicales ;

Installation du patient dans une position en rapport avec sa pathologie ou son handicap ;

Aspirations des sécrétions d'un patient qu'il soit ou non intubé ou trachéotomisé ;

Ventilation manuelle instrumentale par masque ;

Utilisation d'un défibrillateur semi-automatique et surveillance de la personne placée sous cet appareil ;

Administration en aérosols de produits non médicamenteux ;

Recueil des observations de toute nature susceptibles de concourir à la connaissance de l'état de santé de la personne et appréciation des principaux paramètres servant à sa surveillance : température, pulsations, pression artérielle, rythme respiratoire, volume de la diurèse, poids, mensurations, réflexes pupillaires, réflexes de défense cutanée, observations des manifestations de l'état de conscience, évaluation de la douleur ;

Réalisation, surveillance et renouvellement des pansements non médicamenteux ;
Réalisation et surveillance des pansements et des bandages autres que ceux mentionnés à l'article R. 4311-7 ;

Recherche des signes de complications pouvant survenir chez un patient porteur d'un dispositif d'immobilisation ou de contention ;

Surveillance de scarifications, injections et perfusions mentionnées aux articles R. 4311-7 et R. 4311-9 ;
Surveillance des fonctions vitales et maintien de ces fonctions par des moyens non invasifs et n'impliquant pas le recours à des médicaments ;
Surveillance des cathéters, sondes et drains ;

Recueil des données biologiques obtenues par des techniques à lecture instantanée suivantes :

- a) Urines : glycosurie acétonurie, protéinurie, recherche de sang, potentiels en ions hydrogène, pH ;
- b) Sang : glycémie, acétonémie ;

Entretien d'accueil privilégiant l'écoute de la personne avec orientation si nécessaire ;
Aide et soutien psychologique ;
Observation et surveillance des troubles du comportement.

Article R. 4311-7

L'infirmier ou l'infirmière est habilité à pratiquer les actes suivants soit en application d'une prescription médicale qui, **sauf urgence**, est écrite, qualitative et quantitative, datée et signée, soit en application d'un protocole écrit, qualitatif et quantitatif, préalablement établi, daté et signé par un médecin :

Scarifications, injections et perfusions autres que celles mentionnées au deuxième alinéa de l'article R. 4311-9, instillations et pulvérisations ;
Mise en place et ablation d'un cathéter court ou d'une aiguille pour perfusion dans une veine superficielle des membres ou dans une veine épicroténienne ;

De produits autres que ceux mentionnés au deuxième alinéa de l'article R. 4311-9 ;
De produits ne contribuant pas aux techniques d'anesthésie générale ou locorégionale mentionnées à l'article R. 4311-12. Ces injections et perfusions font l'objet d'un compte rendu d'exécution écrit, daté et signé par l'infirmier ou l'infirmière et transcrit dans le dossier de soins infirmiers ;

Administration des médicaments sans préjudice des dispositions prévues à l'article R. 4311-6 ;
Pose de dispositifs transcutanés et surveillance de leurs effets ;
Renouvellement du matériel de pansements médicamenteux ;
Réalisation et surveillance de pansements spécifiques ;
Ablation du matériel de réparation cutanée ;
Pose de bandages de contention ;
Ablation des dispositifs d'immobilisation et de contention ;

Pose de sondes gastriques en vue de tubage, d'aspiration, de lavage ou d'alimentation gastrique ;
Pose de sondes vésicales en vue de prélèvement d'urines, de lavage, d'instillation, d'irrigation ou de drainage de la vessie, sous réserve des dispositions du troisième alinéa de l'article R. 4311-10 ;
Instillation intra-urétrale ;
Injection vaginale ;
Pose de sondes rectales, lavements, extractions de fécalomes, pose et surveillance de goutte-à-goutte rectal ;
Appareillage, irrigation et surveillance d'une plaie, d'une fistule ou d'une stomie ;
Soins et surveillance d'une plastie ;

Soins et surveillance d'un patient intubé ou trachéotomisé, le premier changement de canule de trachéotomie étant effectué par un médecin ;

Administration en aérosols et pulvérisations de produits médicamenteux ;
Bains d'oreilles et instillations médicamenteuses ;
Enregistrements simples d'électrocardiogrammes, d'électro-encéphalogrammes et de potentiels évoqués sous réserve des dispositions prévues à l'article R. 4311-10 ;

Vérification du fonctionnement des appareils de ventilation assistée ou du monitoring, contrôle des différents paramètres et surveillance des patients placés sous ces appareils ;
Pose d'une sonde à oxygène ;
Saignées ;
Prélèvements de sang par ponction veineuse ou capillaire ou par cathéter veineux ;
Prélèvements de sang par ponction artérielle pour gazométrie ;
Prélèvements non sanglants effectués au niveau des téguments ou des muqueuses directement accessibles ;
Prélèvements et collecte de sécrétions et d'excrétions ;

Soins et surveillance des personnes lors des transports sanitaires programmés entre établissements de soins ;

Entretien individuel et utilisation au sein d'une équipe pluridisciplinaire de techniques de médiation à visée thérapeutique ou psychothérapeutique ;

Article R. 4311-8

L'infirmier ou l'infirmière est habilité à entreprendre et à adapter les traitements antalgiques, dans le cadre des protocoles préétablis, écrits, datés et signés par un médecin. Le protocole est intégré dans le dossier de soins infirmiers.

Article R. 4311-9

L'infirmier ou l'infirmière est habilité à accomplir sur prescription médicale écrite, qualitative et quantitative, datée et signée, les actes et soins suivants, à condition qu'un médecin puisse intervenir à tout moment :

Injections et perfusions de produits d'origine humaine nécessitant, préalablement à leur réalisation, lorsque le produit l'exige, un contrôle d'identité et de compatibilité obligatoire effectué par l'infirmier ou l'infirmière ;

Pose de dispositifs d'immobilisation ;

Utilisation d'un défibrillateur manuel ;

Article R. 4311-10

L'infirmier ou l'infirmière participe à la mise en œuvre par le médecin des techniques suivantes :

Premier sondage vésical chez l'homme en cas de rétention ;

Actions mises en œuvre en vue de faire face à des situations d'urgence vitale ;

Pose de systèmes d'immobilisation après réduction ;

Transports sanitaires urgents entre établissements de soins effectués dans le cadre d'un service mobile d'urgence et de réanimation ;

Transports sanitaires médicalisés du lieu de la détresse vers un établissement de santé effectués dans le cadre d'un service mobile d'urgence et de réanimation ;

Article R. 4311-12

L'infirmier ou l'infirmière, anesthésiste diplômé d'Etat, est seul habilité, à condition qu'un médecin anesthésiste-réanimateur puisse intervenir à tout moment, et après qu'un médecin anesthésiste-réanimateur a examiné le patient et établi le protocole, à appliquer les techniques suivantes :

Anesthésie générale ;

Anesthésie locorégionale et réinjections dans le cas où un dispositif a été mis en place par un médecin anesthésiste-réanimateur ; Réanimation préopératoire. Il accomplit les soins et peut, à l'initiative exclusive du médecin anesthésiste-réanimateur, réaliser les gestes techniques qui concourent à l'application du protocole. En salle de surveillance post interventionnelle, il assure les actes relevant des techniques d'anesthésie citées aux 1^o, 2^o et 3^o et est habilité à la prise en charge de la douleur postopératoire relevant des mêmes techniques. Les transports sanitaires mentionnés à l'article R. 4311-10 sont réalisés en priorité par l'infirmier ou l'infirmière anesthésiste diplômé d'Etat. L'infirmier ou l'infirmière, en cours de formation préparant à ce diplôme, peut participer à ces activités en présence d'un infirmier anesthésiste diplômé d'Etat.

Article R. 4311-14

En l'absence d'un médecin, 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 œuvre 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 écrits, daté, signé, remis au médecin et annexé au dossier du patient. En cas d'urgence et en dehors de la mise en œuvre du protocole, l'infirmier ou l'infirmière décide 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.

Article R. 4312-6

L'infirmier ou l'infirmière est tenu de porter assistance aux malades ou blessés en péril.

Article R. 4312-7

Lorsqu'un infirmier ou une infirmière discerne dans l'exercice de sa profession qu'un mineur est victime de sévices ou de privations, il doit mettre en œuvre les moyens les plus adéquats pour le protéger, en n'hésitant pas, si cela est nécessaire, à alerter les autorités médicales ou administratives compétentes lorsqu'il s'agit d'un mineur de quinze ans.

Article R. 4312-22

L'infirmier ou l'infirmière auquel une autorité qualifiée fait appel soit pour collaborer à un dispositif de secours mis en place pour répondre à une situation d'urgence, soit en cas de sinistre ou de calamité, doit répondre à cet appel et apporter son concours.

Article R. 4312-26

L'infirmier ou l'infirmière agit en toute circonstance dans l'intérêt du patient.

Article R. 4312-29

L'infirmier ou l'infirmière communique au médecin prescripteur toute information en sa possession susceptible de concourir à l'établissement du diagnostic ou de permettre une meilleure adaptation du traitement en fonction de l'état de santé du patient et de son évolution. Chaque fois qu'il l'estime indispensable, l'infirmier ou l'infirmière demande au médecin prescripteur d'établir un protocole thérapeutique et de soins d'urgence écrit, daté et signé. En cas de mise en œuvre d'un protocole écrit de soins d'urgence ou d'actes conservatoires accomplis jusqu'à l'intervention d'un médecin, l'infirmier ou l'infirmière remet à ce dernier un compte rendu écrit, daté et signé.

ANNEXE V

Liaison entre les unités d'enseignement et l'acquisition des compétences

Tiré de l'annexe 3 du référentiel de formation

Chaque UE contribue à l'acquisition des compétences du référentiel, selon le schéma suivant :

Unités d'enseignement en relation avec la compétence 1 :

« Evaluer une situation clinique et établir un diagnostic dans le domaine infirmier »

- UE 2.3.S2 Santé, maladie, handicap, accidents de la vie,
- UE 3.1.S1 Raisonnement et démarche clinique infirmière,
- UE 3.1.S2 Raisonnement et démarche clinique infirmière.

Unités d'enseignement en relation avec la compétence 2 :

« Concevoir et conduire un projet de soins infirmiers »

- UE 3.2.S2 Projet de soins infirmier,
- UE 3.2.S3 Projet de soins infirmiers.

Unités d'enseignement en relation avec la compétence 3 :

« Accompagner une personne dans la réalisation de ses soins quotidiens »

- UE 2.10.S1 Infectiologie hygiène,
- UE 4.1.S1 Soins de confort et de bien-être.

Unités d'enseignement en relation avec la compétence 4 :

« Mettre en œuvre des actions à visée diagnostique et thérapeutique »

- UE 2.1.S1 Biologie fondamentale,
- UE 2.2.S1 Cycles de la vie et grandes fonctions,
- UE 2.4.S1 Processus traumatiques,
- UE 2.5.S3 Processus inflammatoires et infectieux,
- UE 2.6.S2 Processus psychopathologiques,
- UE 2.6.S5 Processus psychopathologiques,
- UE 2.7.S4 Défaillances organiques et processus dégénératifs,
- UE 2.8.S3 Processus obstructifs,
- UE 2.9.S5 Processus tumoraux,
- UE 2.11.S1 Pharmacologie et thérapeutiques,
- UE 2.11.S3 Pharmacologie et thérapeutiques,
- UE 2.11.S5 Pharmacologie et thérapeutiques,
- UE 4.3.S2 Soins d'urgence,
- UE 4.3.S4 Soins d'urgence,
- UE 4.4.S2 Thérapeutiques et contribution au diagnostic médical,
- UE 4.4.S4 Thérapeutiques et contribution au diagnostic médical,
- UE 4.4.S5 Thérapeutiques et contribution au diagnostic médical,
- UE 4.7.S5 Soins palliatifs et de fin de vie.

Unités d'enseignement en relation avec la compétence 5 :

« Initier et mettre en œuvre des soins éducatifs et préventifs »

- UE 1.2.S2 Santé publique et économie de la santé,
- UE 1.2.S3 Santé publique et économie de la santé,
- UE 4.6.S3 Soins éducatifs et préventifs,
- UE 4.6.S4 Soins éducatifs et préventifs.

Unités d'enseignement en relation avec la compétence 6 :

« Communiquer et conduire une relation dans un contexte de soins »

- UE 1.1.S1 Psychologie, sociologie, anthropologie,
- UE 1.1.S2 Psychologie, sociologie, anthropologie,
- UE 4.2.S2 Soins relationnels,
- UE 4.2.S3 Soins relationnels,

- UE 4.2.S5 Soins relationnels.

Unités d'enseignement en relation avec la compétence 7 :

« Analyser la qualité des soins et améliorer sa pratique professionnelle »

- UE 4.5.S2 Soins infirmiers et gestion des risques,
- UE 4.5.S4 Soins infirmiers et gestion des risques,
- UE 1.3.S1 Législation, éthique, déontologie,
- UE 1.3.S4 Législation, éthique, déontologie,
- UE 4.8.S6 Qualité des soins et évaluation des pratiques.

Unités d'enseignement en relation avec la compétence 8 :

« Rechercher et traiter des données professionnelles et scientifiques »

- UE 3.4.S4 Initiation à la démarche de recherche,
- UE 3.4.S6 Initiation à la démarche de recherche.

Les deux unités transversales contribuent également à l'acquisition de cette compétence :

- UE 6.1 Méthodes de travail et TIC,
- UE 6.2 Anglais.

Unités d'enseignement en relation avec la compétence 9 :

« Organiser et coordonner des interventions soignantes »

- UE 3.3.S3 Rôles infirmiers, organisation du travail et inter professionnalité,
- UE 3.3.S5 Rôles infirmiers, organisation du travail et inter professionnalité.

Unités d'enseignement en relation avec la compétence 10 :

« Informer et former des professionnels et des personnes en formation »

- UE 3.5.S4 Encadrement des professionnels de soin.

ANNEXE VI

Arrêté du 17 janvier 2002 relatif à la formation conduisant au diplôme d'état d'infirmier Anesthésiste

PRÉREQUIS

Les prérequis supposent une bonne maîtrise du programme conduisant au diplôme d'Etat d'infirmier. Les candidats doivent posséder une connaissance approfondie des points suivants :

I. - NOTIONS ÉLÉMENTAIRES

Génétique.
La cellule.
Les tissus.

II. - LES GRANDES FONCTIONS

Pour chaque grande fonction, sont inclus la définition, l'anatomie, la physiologie, les pathologies et les soins infirmiers :

Fonction de commande et de régulation :

- système nerveux central et périphérique ;
- système neuro-végétatif ;
- les glandes endocrines ;
- la régulation hormonale. :

Fonction locomotrice :

- le squelette ;
- la musculature ;
- les articulations ;
- le mouvement.

Fonction cardio-circulatoire :

- le cœur ;
- les vaisseaux ;
- le sang (composition, éléments figurés, groupes sanguins) ;
- le système réticulo-endothélial ;
- le système lymphatique.

Fonction respiratoire :

- les voies aériennes ;
- le poumon ;
- la plèvre ;
- les mouvements respiratoires ;
- les échanges gazeux.

Fonction urinaire :

- l'arbre urinaire ;
- le parenchyme rénal ;
- filtration, excrétion, réabsorption ;
- composition de l'urine ;

- la miction.

Fonction de nutrition :

- le tube digestif ;
- les glandes annexes ;
- les sécrétions digestives ;
- la digestion ;
- le métabolisme des glucides, des lipides, des protéides.

Fonction de protection et de défense :

- Anatomie et physiologie de la peau.

Moyens de défense naturels :

- processus inflammatoire ;
- réaction du système nerveux ;
- réaction humorale non spécifique ;
- réaction antigène - anticorps.

III. - NOTIONS SUR L'INFECTION

Les différents agents contaminants et leur mode de transmission.

Lutte contre les infections :

- l'hygiène ;
- l'asepsie, l'antisepsie ;
- la désinfection ;
- la décontamination ;
- la stérilisation.

Les infections nosocomiales :

- épidémiologie ;
- prévention.

IV. - LES DIFFÉRENTES ÉTAPES DE LA VIE

- la grossesse ;
- la naissance ;
- la vieillesse.

V. - PHARMACOLOGIE

- origine des médicaments ;
- présentation des médicaments : exercice de calcul de dose, pourcentage ;
- pharmacocinétique et pharmacodynamie ;
- législation pharmaceutique ;
- rôle de l'infirmier diplômé d'État dans l'application de la prescription médicale ;
- voies d'administration.

VI. - LA PROFESSION D'INFIRMIER

- organisation de la santé en France ;
- textes réglementant la profession d'infirmier ;
- notions juridiques en matière de responsabilité ;
- la démarche de soins, les diagnostics infirmiers ;
- vigilances.

VII. - SANTÉ PUBLIQUE

- principes de précaution ;

Comportements addictifs.

ANNEXE VII

PROGRAMME DE LA FORMATION IADE arrêté du 17 janvier 2002 relatif à la formation conduisant au diplôme d'Etat d'infirmier anesthésiste

Préambule

La formation des infirmiers anesthésistes a pour but d'acquérir des connaissances théoriques et cliniques afin de développer les aptitudes, les capacités et les valeurs professionnelles nécessaires à l'exercice de la profession d'infirmier anesthésiste.

Cette formation à temps plein, d'une durée de 24 mois, inclut 700 heures d'enseignements théoriques, pratiques et dirigés, 70 semaines de stage, 4 semaines de travail personnel et 10 semaines de congés annuels.

Congés annuels 5 semaines/an	10 semaines
Travail personnel	4 semaines
Enseignements théoriques, dirigés, pratiques et suivi pédagogique	20 semaines
Stages	70 semaines
Total	104 semaines

Principes pédagogiques

La formation d'infirmier anesthésiste s'appuie sur 3 concepts :

- formation d'adulte ;
- formation par alternance ;
- formation professionnalisante.

Cette formation est basée sur une pédagogie participative fondée sur le projet professionnel de l'élève. L'emploi de méthodes actives lui permettent :

- de s'impliquer dans sa formation ;
- de s'auto-évaluer ;
- d'engager une réflexion sur sa profession ;
- de devenir un professionnel autonome et responsable.

Objectifs généraux de la formation

Les objectifs sont en conformité avec le décret relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier.

En fin de formation, l'élève doit être capable de :

- participer avec le médecin spécialiste qualifié en anesthésiste-réanimation aux techniques :
- d'anesthésie générale ;
- d'anesthésies loco-régionales ;
- assurer la prise en charge de la personne soignée au cours :
- des différents actes d'anesthésie ;
- des situations de réanimation ;
- du traitement de la douleur ;
- des situations d'urgence ;

- assurer la continuité des soins ;
- contribuer à la sécurité des personnes soignées ;
- développer une réflexion éthique ;
- participer à l'encadrement et à la formation des différents personnels de santé ;
- participer à la recherche en soins infirmiers et d'en faire communication ;
- analyser, évaluer sa pratique professionnelle et participer à l'évaluation de la qualité des soins ;
- s'intégrer dans une équipe pluridisciplinaire au sein du service de soins infirmiers et du système de santé.

Répartition de l'enseignement

Le programme de la formation comprend :

- un enseignement dispensé en école :

PREMIÈRE ANNÉE	DURÉE	DEUXIÈME ANNÉE	DURÉE
Enseignements théoriques	234 heures	Enseignements théoriques	234 heures
Enseignements transversaux	-	Enseignements transversaux	-
Suivi pédagogique	-	Suivi pédagogique	-
Enseignements dirigés et pratiques	116 heures	Enseignements dirigés et pratiques	116 heures
Total	350 heures	Total	350 heures

- un enseignement pratique en stage dans les disciplines suivantes :

PREMIÈRE ANNÉE	DURÉE
Chirurgie viscérale : chirurgie générale, digestive, vasculaire, urologique...	17 ou 18 semaines
Chirurgie orthopédique ou traumatologique	8 ou 9 semaines
Chirurgie céphalique : ORL, OPH, maxillo-faciale...	8 ou 9 semaines
Etablissement français du sang	1 semaine
Total	35 semaines dont 4 semaines en salle de surveillance post interventionnelle
DEUXIÈME ANNÉE	DURÉE
Chirurgie pédiatrique	8 semaines
Chirurgie gynécologique et obstétrique	8 semaines
Réanimation et/ou salle de surveillance post-interventionnelle lourde	4 ou 8 semaines
SAMU-SMUR	4 à 8 semaines
Discipline optionnelle : chirurgie thoracique, cardiaque, neurochirurgie, chirurgie ambulatoire, accueil d'urgence, anesthésie hors bloc (clinique de la douleur, radiologie interventionnelle, hémodialyse et autres stages cités ci-dessus)	7 semaines
Total	35 semaines

Contenu théorique et pratique

Les objectifs sont définis par année mais il appartient à chaque école de les répartir sur les trois séquences annuelles donnant lieu chacune à validation.

PREMIÈRE ANNÉE DE FORMATION

Objectifs

A la fin de la première année de formation l'élève doit être capable de :

- participer à la prise en charge d'un patient en phase pré, per-anesthésique et post-interventionnelle immédiate quel que soit le type d'anesthésie, c'est-à-dire :
- prendre en compte les problèmes spécifiques du patient en vue de l'anesthésie ;
- préparer les sites de pré-anesthésie, d'anesthésie et de surveillance post-interventionnelle ;
- participer à l'accueil et à l'installation du patient ;
- participer à une anesthésie générale, locale ou loco-régionale et aux soins post-interventionnels spécifiques ;
- différencier les techniques anesthésiques en fonction du terrain, du type de chirurgie et du degré d'urgence ;
- identifier les différents temps d'une anesthésie, de la chirurgie ;
- surveiller et participer à la réanimation du patient au cours d'une anesthésie ;
- dépister les complications et participer à leur traitement en période per-anesthésique et post-interventionnelle immédiate ;
- d'organiser ses actions avec méthode.

1. Contenu théorique

1.1. Anatomie, physiologie et pathologies

Fonction respiratoire :

- anatomie et physiologie ;
- explorations fonctionnelles ventilatoires ;
- examens biologiques.

Fonction cardio-vasculaire :

- anatomie et physiologie ;
- électrocardiogramme normal et pathologique ;
- explorations fonctionnelles cardio-vasculaires ;
- les états de choc.

Fonction de commande et de régulation :

- anatomie et physiologie du système nerveux central et autonome ;
- physiologie et physiopathologie du sommeil ;
- physiologie et physiopathologie de la douleur ;
- physiologie et physiopathologie de la thermorégulation ;
- physiologie et physiopathologie de la contraction musculaire.

Equilibre hydro-électrolytique :

- anatomie et physiologie du rein ;
- physiopathologie du milieu intérieur.

Le sang :

- rôle et composition du sang ;
- immunologie et anaphylaxie ;

- groupes sanguins et tissulaires ;
- physiologie et physiopathologie de l'hémostase ;
- produits sanguins labiles ;
- transfusion sanguine autologue et homologue.

1.2. Pharmacologie

Lois physiques des gaz et de la vaporisation.

Pharmacologie : définitions, généralités, législation, surveillance et complications des :

- gaz et anesthésiques volatils ;
- hypnotiques barbituriques et non barbituriques ;
- myorelaxants et leurs antagonistes ;
- morphiniques et leurs antagonistes ;
- neuroleptiques ;
- benzodiazépines et leur antagoniste ;
- anesthésiques locaux ;
- anticoagulants, thrombolytiques et antiagrégants ;
- produits sanguins stables ;
- médicaments du système nerveux autonome ;
- solutés utilisés en anesthésie et réanimation.

1.3. Techniques

Consultation et visite de pré anesthésie et prémédication.

Accueil du patient au bloc opératoire ; soins relationnels en anesthésie.

Recueil de paramètres hémodynamiques.

Abords vasculaires.

Oxygénothérapie normobare.

Ventilation peranesthésique :

- intubation oro et naso-trachéale ;
- intubation difficile ;
- masque laryngé et autres ;
- ventilation mécanique au cours de l'anesthésie ;
- circuits d'anesthésie et ventilateurs d'anesthésie.

Anesthésie générale :

- différentes techniques ;
- induction, entretien et surveillance ;
- réveil ;
- incidents, accidents, hyperthermie maligne.

Anesthésie loco-régionale :

- différentes techniques ;
- principes, entretien, surveillance et récupération ;
- incidents, accidents.

Positions opératoires :

- incidences des différentes positions ;
- surveillance ;

- incidents, accidents.

Réanimation de l'arrêt cardio-respiratoire.
Incidents et accidents liés à l'environnement.
Techniques d'économie de sang.

1.4. Anesthésie et soins postopératoires selon le terrain et le type de chirurgie

Pour chaque terrain et chaque type de chirurgie, sont inclus un rappel d'anatomie, de physiologie et de pathologie, et l'évaluation du risque opératoire.

Anesthésie selon le terrain :

- anesthésie du patient à estomac plein ;
- anesthésie du vieillard ;
- anesthésie du patient obèse ;
- anesthésie du patient présentant une pathologie respiratoire ;
- anesthésie du patient présentant une pathologie cardiaque ou vasculaire ;
- anesthésie du patient insuffisant rénal chronique ou aigu ;
- anesthésie du patient insuffisant hépatique et cirrhotique ;
- anesthésie du patient diabétique ;
- anesthésie du patient éthylique et du patient toxicomane ;
- anesthésie du patient allergique.

2. Enseignements dirigés et pratiques

Préparation et procédure de contrôles des sites d'anesthésie et de surveillance postinterventionnelle.
Principe et outils de gestion du matériel d'anesthésie et de réanimation.
Informatique appliquée à la spécialité.
Tenue de la feuille d'anesthésie.
Dilution des médicaments.
Ventilation manuelle au masque.
Intubation, masque laryngé, copa ou matériels proches : matériels, technique et pratique.
Intubation difficile : principes, matériels, algorithme.
Conditionnement des gaz, manodétendeurs, débitmètres et mélangeurs de sécurité.
Circuits et ventilateurs d'anesthésie.

Utilisation des appareils délivrant des anesthésiques volatils.
Utilisation des matériels d'administration des anesthésiques par voie intraveineuse.
Monitorages :

- respiratoire ;
- cardio-vasculaire non invasif ;
- cardio-vasculaire invasif : principes, matériel et technique ;
- de la curarisation ;
- de la température ;
- de l'anesthésie.

Moyens de prévention et de lutte contre l'hypothermie.
Abords vasculaires périphériques et cathéter artériel radial.

Systèmes de perfusion.
Abords vasculaires centraux : principes techniques et matériel.
Transfusion sanguine :

Moyens de prévention et de lutte contre l'hypothermie.
Abords vasculaires périphériques et cathéter artériel radial.

Systèmes de perfusion.

Abords vasculaires centraux : principes techniques et matériel.

Transfusion sanguine :

- détermination des groupes sanguins ;
- montage et utilisation des appareils permettant une transfusion massive, une autotransfusion.

Conduite à tenir devant un arrêt cardio-respiratoire.

Anesthésies loco-régionales : principes techniques, matériels, surveillance et complications.

DEUXIÈME ANNÉE DE FORMATION

Objectifs

A l'issue de cette année de formation, l'élève sera capable de :

- participer à la prise en charge d'un patient quels que soient la technique anesthésique, le terrain, le degré d'urgence et la spécialité ;
- effectuer les soins spécifiques de réanimation aux malades atteints de pathologies graves ;
- maîtriser les outils de gestion et d'organisation des soins en collaboration avec l'équipe soignante dans le cadre de la réanimation et des soins d'urgence ;
- participer, dans le cadre des urgences, à la prise en charge pré-hospitalière de tout patient présentant une détresse ou un traumatisme et effectuer la surveillance et les soins de ces patients au cours du transport ;
- participer à l'accueil hospitalier des urgences.

1. Anesthésie

1.1. Contenu théorique

Anesthésie en gynécologie.

Anesthésie en obstétrique :

- anesthésie de la femme enceinte pour raison autre qu'obstétricale ;
- anesthésie et pathologies obstétricales ;
- anesthésie générale et loco-régionale en obstétrique ;
- analgésie obstétricale.

1.2. Enseignements dirigés et pratiques

Le nouveau-né et l'enfant :

Anesthésie en chirurgie pédiatrique :

- physiologie néonatale ;
- réanimation du nouveau-né en salle de naissance ;
- anesthésie pédiatrique.

Anesthésie en neurochirurgie.

Anesthésie en chirurgie de la thyroïde et des parathyroïdes.

Anesthésie en chirurgie surrénalienne.

Anesthésie en chirurgie vasculaire.

Anesthésie en chirurgie cardiaque et en vue d'une transplantation.

Anesthésie en chirurgie thoraco-pulmonaire et en vue d'une transplantation.

Anesthésie du patient transplanté et du patient immunodéprimé.

Anesthésie en dehors du bloc opératoire.

Anesthésie du patient ambulatoire.

1.2. Enseignements dirigés et pratiques

Le nouveau-né et l'enfant :

- abords vasculaires périphériques, perfusion, transfusion ;
- dilution des médicaments ;
- ventilation manuelle au masque ;
- intubation, masque laryngé et autres : matériels, technique et pratique ;
- circuits et ventilateurs ;
- incubateurs et tables chauffantes ;
- conduite à tenir devant un arrêt cardio-respiratoire ;
- prise en charge de l'enfant et de sa famille en période péri-opératoire.

2. Réanimation

Les enseignements de réanimation portent sur les soins avancés de la spécialité

2.1. Contenu théorique

Pharmacologie :

- généralités sur les médicaments anti-infectieux et antibiothérapie ;
- les agents cardiovasoactifs.

Complications cardio-vasculaires et respiratoires postopératoires.

Insuffisance respiratoire aiguë et chronique de l'adulte.

Ventilation mécanique en réanimation et le sevrage.

Syndromes neurologiques centraux et médullaires.

Problèmes posés par l'anesthésie et la réanimation chez le porphyrique et le myasthénique.

Insuffisance rénale chronique :

- les pathologies causales, définitions, physiopathologie ;
- les traitements médicamenteux ;
- les techniques d'épuration extrarénale ;
- la préparation à la transplantation.

Le brûlé :

- prise en charge préhospitalière, bilan, réanimation et anesthésie.

Alimentation entérale et parentérale.

Pathologies infectieuses graves, prise en charge, anesthésie, réanimation :

- les péritonites ;
- les septicémies ;
- la gangrène gazeuse.

Prise en charge d'une personne en état de mort encéphalique dans la perspective de prélèvements d'organes.

2.2. Enseignements dirigés et pratiques

Ventilateurs et les différents modes de ventilation en réanimation : complications et surveillance.

Trachéotomie et soins aux trachéotomisés.
Nutrition du patient en réanimation :

- les moyens, les techniques, les complications et la surveillance.

Techniques d'épuration extra-rénale :

- les moyens, les techniques, les complications et la surveillance de l'hémodialyse, de l'hémofiltration et de la dialyse péritonéale.

Soins aux patients comateux.

Soins relationnels en réanimation, prise en charge infirmière du patient et de sa famille.

Transports intra-hospitaliers des patients de réanimation

3. Les urgences

3.1. Contenu théorique

Organisation de l'aide médicale d'urgence :

- plan ORSEC, plan blanc, plan rouge ;
- organisation du SAMU - SMUR, S.A.M.U. mondial ;
- accueil des blessés en quantité massive ;
- secours dans des situations particulières : mer, montagne.

Etats de détresse : bilan, prise en charge pré-hospitalière, transport et accueil hospitalier :

- détresse respiratoire ;
- détresse cardio-vasculaire ;
- détresse neurologique ;
- détresse métabolique.

Traumatismes : bilan, prise en charge pré-hospitalière, transport et accueil hospitalier :

- plaies par balle et arme blanche ;
- incarceration, compression prolongée, délabrement ;
- traumatismes crâniens et rachidiens ;
- traumatismes thoraciques ;
- traumatismes des membres ;
- traumatismes abdominaux ;
- polytraumatisé.

Pathologies non chirurgicales et les urgences médicales :

- pathologies spécifiques des patients socialement défavorisés ;
- pendaison, noyade, électrocution, électrisation, gelures ;
- hypothermie accidentelle ;
- hémorragies digestives ;
- pertes de connaissance ;
- comas toxiques, métaboliques, vasculaires ;
- état de mal convulsif ;
- intoxications médicamenteuses, intoxication au CO, intoxications aux produits chimiques, envenimements ;
- irradiations ;
- accouchement imminent ;
- urgences pédiatriques extra-hospitalières et transport pédiatrique ;

- états d'agitation ;
- urgences psychiatriques.

Anesthésie dans le cadre de l'urgence :

- anesthésie pré-hospitalière ;
- anesthésie du polytraumatisé ;
- anesthésie du patient en état de choc ;
- anesthésie en urgence.

3.2. Enseignements dirigés et pratiqués

Organisation d'un service d'aide médicale d'urgence.

Organisation face à une situation de crise.

Participation aux plans d'urgence.

Recueil, organisation, exploitation et transmission de l'information.

Techniques et matériels de soins et de surveillance en situation extraordinaire :

- ramassage et installation des personnes transportées ;
- trousses d'urgences ;
- véhicules d'intervention et leur équipement ;
- salle d'accueil et de déchochage : équipement, organisation ;
- chariot d'urgence ;
- défibrillation et défibrillation semi-automatique ;
- oxygénothérapie hyperbare.

Stratégie d'accueil.

Soins relationnels aux urgences.

ENSEIGNEMENTS TRANSVERSAUX

Les enseignements transversaux sont organisés durant toute la formation.

Leur validation est intégrée dans les épreuves des 6 validations de séquence.

Ils portent sur des thèmes généraux de la profession.

1. Hygiène et sécurité

L'infection en milieu hospitalier, épidémiologie.

Les infections nosocomiales, les causes, le suivi, la prévention.

Organisation du comité de lutte contre les infections nosocomiales.

Règles d'hygiène en anesthésie, réanimation, urgences et spécificités de la prise en charge du malade contaminant.

Décontamination, désinfection des locaux et matériels, stérilisation des matériels.

Risques professionnels liés aux accidents d'exposition au sang et liquides biologiques.

Risques professionnels liés à l'exposition aux rayonnements.

Risques professionnels liés à l'exposition aux gaz et vapeurs anesthésiques.

Risques professionnels liés à l'électrisation.

Procédures en cas d'accident de travail et maladies professionnelles.

Entraînement à la prévention incendie.

2. Vigilances

Définition, concepts et principes généraux.

La matériovigilance :

- textes de référence ;

- applications aux domaines de l'anesthésie, de réanimation et des urgences ;
- implication de l'infirmier anesthésiste.
- Textes de référence ;

L'hémovigilance :

- textes de référence ;
- implication de l'infirmier anesthésiste..

La pharmacovigilance :

- textes de référence ; ;
- implication de l'infirmier anesthésiste.

3. La douleur

Législation.

Evaluation, prise en charge, traitements et surveillance.

Soins relationnels : la dimension psychologique de la douleur.

Organisation de la prise en charge de la douleur dans un établissement de soins.

Approche du patient douloureux chronique en milieu chirurgical.

4. Législation hospitalière et professionnelle

Textes relatifs à l'exercice de l'anesthésie, de la médecine d'urgence, de la réanimation.

Textes relatifs à l'exercice professionnel de l'infirmier anesthésiste et à ses champs d'activité.

Principales lois et règlements concernant le fonctionnement de l'hospitalisation en France.

Statuts des personnels de la fonction publique hospitalière et législation du travail dans le secteur privé.

Fonction et position de l'infirmier anesthésiste dans le système de soins.

La responsabilité professionnelle.

5. Démarche qualité

Principes conceptuels et réglementaires.

Méthodologie d'élaboration.

Composantes de l'assurance qualité :

- référentiels ;
- procédures ;
- protocoles ;
- fiches techniques.

Charte du bloc opératoire et de salle de surveillance post-interventionnelle.

Saisie de l'activité.

Gestion des risques.

6. Éthique

Les concepts.

La démarche éthique et l'implication de l'infirmier anesthésiste.

Les lois de bioéthique, les textes relatifs aux droits des usagers.

7. Méthodologie

Recherche en soins infirmiers.

Elaboration de procédures, de protocoles et de fiches techniques.

Sociologie des organisations, approche systémique de l'équipe de travail.

8. Initiation à la pédagogie

L'alternance et la formation professionnelle.

L'adulte en formation.

L'évaluation dans la formation.

ANNEXE VIII

Administration of Emergency Medicines Clinician Authorization

Drug	ACA	ECA	Technician	Student Paramedic 1	Student Paramedic 2	Student Paramedic 3	Student Paramedic 4	Registered Paramedic	Nurse
Adrenaline 1:1,000	X	X	✓	X	✓	✓	✓	✓	✓
Adrenaline 1:10,000	X	X	X	X	X	X	✓	✓	PGD
Amiodarone 300mg	X	X	X	X	X	X	✓	✓	PGD
Aspirin 300mg Tablets	X	X	✓	X	✓	✓	✓	✓	✓
Aspirin 75mg Tablets (TIA pack)	X	X	✓	X	X	X	✓	✓	✓
Atropine Sulphate 1mg/10ml	X	X	X	X	X	X	✓	✓	✓
Atropine Sulphate 3 mg/10ml	X	X	X	X	X	X	✓	✓	✓
Benzipenicillin 600mg	X	X	X	X	X	X	✓	✓	PGD
Chlorphenamine 10mg/1ml	X	X	✓	X	X	✓	✓	✓	✓
Cyclizine 50mg/1ml ¹	X	X	X	X	X	X	X	PGD	PGD
Diazemuls 10ml ampoule	X	X	X	X	X	X	✓	✓	PGD
Diazepam Rectal 2.5mg/2.5ml	X	X	X	X	X	X	X	PGD	PGD
Diazepam Rectal 5mg/2.5ml	X	X	X	X	X	X	X	PGD	PGD
Diazepam Rectal 10mg/2.5ml	X	X	X	X	X	X	X	PGD	PGD
Entonox	X	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Furosemide Injection 50mg/5ml	X	X	X	X	X	X	✓	✓	PGD
Glucagon 1mg	X	X	✓	X	✓	✓	✓	✓	✓
Glucagel 23mg	X	X	✓	X	X	X	✓	✓	✓

Drug	ACA	ECA	Technician	Student Paramedic 1	Student Paramedic 2	Student Paramedic 3	Student Paramedic 4	Registered Paramedic	Nurse
Glucose Infusion 5% 250ml	X	X	X	X	X	X	✓	✓	PGD
Glucose Infusion 10% 500ml	X	X	X	X	X	X	✓	✓	PGD
GTN Spray 400mcg	X	X	✓	X	✓	✓	✓	✓	✓
Heparin 5000u/1ml	X	X	X	X	X	X	X	PGD	PGD
Hydrocortisone 100mg/1ml	X	X	✓	X	X	✓	✓	✓	✓
Ipratropium 250mcg/1ml neb	X	X	✓	X	✓	✓	✓	✓	✓
Ipratropium 500mcg/2ml neb	X	X	✓	X	✓	✓	✓	✓	✓
Naloxone	X	X	✓	X	✓	✓	✓	✓	✓
Oromorph 10mg/5ml	X	X	X	X	X	X	X	PGD	PGD
Oxygen	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Paracetamol Susp 120mg/5ml	X	X	✓	X	X	✓	✓	✓	✓
Paracetamol Susp 250mg/5ml	X	X	✓	X	X	✓	✓	✓	✓
Paracetamol tablets 500mg	X	X	✓	X	X	✓	✓	✓	✓
Prednisolone 5mg tablets	X	X	X	X	X	X	X	PGD	PGD
Prochlorperazine tablets	X	X	X	X	X	X	X	PGD	PGD
Salbutamol 2.5mg/2.5ml Neb	X	X	✓	X	✓	✓	✓	✓	✓
Sodium Chloride 0.9% 10ml	X	X	X	X	X	X	✓	✓	PGD
Sodium Chloride 0.9% 5ml Pre-filled	X	X	✓	X	X	X	✓	✓	✓
Sodium Chloride 0.9% 500ml	X	X	X	X	X	X	✓	✓	PGD
Sterile Water 10ml	X	X	X	X	X	X	✓	✓	PGD
Tenecteplase 10,000u	X	X	X	X	X	X	✓	✓	PGD

ANNEXE IX

FdSc of Paramedic Science, Hertfordshire University, Londres.

First Year Programm

Behavioural and Sociological Dimensions of Paramedic Practice

This 15 credit module introduces the disciplines of psychology and sociology. The content is focussed on health, illness and health care practices. The module will enable the student to appreciate the influence of psychology and sociology on health, illness and health care practices and in particular paramedic practice.

Bioscience for Paramedic Practice 2

This module builds on the knowledge and understanding reached in the Semester A bioscience module(1AHP0061). Together they are designed to begin to meet the bioscientific requirements necessary for students to practice within Ambulance Trusts. Students will be encouraged to develop the knowledge and understanding that underpins clinical practice by studying the anatomy and physiology of major body systems alongside some pathophysiology and basic interventions. There will be a simple introduction to principles of pharmacology and drug administration.

Core Knowledge and Values for Professional Practice 1

The module will include the following: * professional roles and responsibilities and codes of conduct * safeguarding vulnerable adults and children: recognition and referral of concerns * introduction to communication and team working * consent and its impact on different groups * fundamental ethical principles: beneficence, non-maleficence, autonomy and justice * reflective processes

Introduction to Patient Assessment

This level 1 module is designed to provide students with the introductory knowledge, understanding and skills to undertake preliminary patient assessment in the out-of-hospital emergency care environment.

Paramedic Skills Development 1

This level 1 module is designed to provide the students with the introductory knowledge, understanding and skills in order to undertake supervised practice of clinical skills in the out-of-hospital unscheduled emergency care environment.

Principles of Bioscience for Paramedic Practice 1

This 15 credit module is designed to start to meet the bio-scientific requirements needed for students to begin to practice within the ambulance NHS Trusts. It will introduce the scientific approach and its application and relevance to health care practice. Scientific principles include measurement, chemical symbols, chemical formulae and scientific terms that are related to the function of the human body. Some limited biological study will be at molecular level and cellular level with the introduction of simple biochemistry as an aid to understanding normal and disordered body functioning.

Skills for Personal and Professional Development

The aim of this module is to provide a foundation for evidence based practice and lifelong learning. The content of the module will incorporate three strands, searching and retrieval of evidence, an introduction to research and its place in contemporary healthcare provision and study skills that will underpin the skills required for assessment for Level 1 modules and beyond. The interdisciplinary nature of this module will enable students to share knowledge of their own professional evidence base. The importance of personal and professional development and lifelong learning and the need to maintain a record of learning will be a core component of the module.

Second Year

Paramedic Skills Development 2A

This Level 2 module is designed to provide participants with knowledge, understanding and skills in order to safely undertake clinical skills in the out-of-hospital unscheduled care environment.

Patient Assessment and Management 2A

This 15 credit Level 2 module builds upon level 1 modules in the development of students' knowledge, skills and understanding of patient assessment and management appropriate to recognised key stages of the developmental life cycle for example Childhood, Adolescence, Adulthood and the significant life events of birth and death. Focusing on current and appropriate models/frameworks for assessment used in the out-of-hospital emergency care environment. This module will facilitate the student to develop clinical reasoning skills, informed by available evidence, enabling them to undertake comprehensive, individualised patient assessment relevant to all stages of the human life cycle. Students will be encouraged to explore, reflect upon and share their clinical experiences to illustrate issues relevant to patient assessment and management.

Principles of Pathophysiology for Paramedics

This 15 credit Level 2 module builds on the bioscience studied at Level 1. Students are introduced to cellular pathology, manifestations of disease and disease processes in order to aid assessment and evaluation of biological changes occurring within the body. The pathophysiology of major body systems is studied in order to provide the necessary bioscientific knowledge base for paramedic practice.

Research Methods

The focus of this module is to develop a critical understanding of research principles, processes and methods and their application within the health setting. The module develops knowledge and understanding of qualitative and quantitative research techniques and facilitates the students' understanding of the philosophy behind evidence based practice.

Third year

Interprofessional Working in Health and Social Care 2

Current government policy and recent legislation and how it determines the financing, organisation, management and delivery of health and social care, eg professional roles and new emergent roles, new ways of working, service user involvement, risk management, clinical governance, integrated governance, teamwork, leadership, aspects of entrepreneurship and management of change. Ethical and legal issues that impact on practice and the environment, eg resource allocation, beginning and end of life issues.

Paramedic Skills Development 2B

This Level 2 module is designed to provide participants with knowledge, understanding and skills in order to prepare them to safely undertake clinical skills in the out-of-hospital unscheduled care environment as an autonomous practitioner at the end of the programme.

Patient Assessment and Management 2B

This Level 2 module builds upon previous modules in the development of students' knowledge, skills and understanding of patient assessment and management appropriate to recognised key stages of the developmental life cycle - Childhood, Adolescence, Adulthood, and the significant life events of birth and death. Focusing on current and appropriate models/frameworks for assessment used in the out-of-hospital emergency care environment, this module will facilitate the student to enhance clinical reasoning skills, informed by available evidence, enabling them to undertake comprehensive, individualised patient assessment relevant to all stages of the human life cycle. Students will be encouraged to explore, reflect upon and share their clinical experiences to illustrate issues relevant to patient assessment and management.

Principles of Therapeutics for Paramedics

This 15 credit Level 2 module will develop the student's understanding of clinical pharmacology and enable this to be applied to their practice. It will provide the necessary background knowledge in areas of pharmacokinetics and pharmacodynamics in order to allow the safe administration of medicines from an agreed list.

Annexe X

Standards of proficiency of Paramedic

1 Expectation of Health professional

1 a Professional autonomy and accountability

Registrant paramedics must:

1 a.1 be able to practise within the legal and ethical boundaries of their profession

- understand the need to act in the best interests of service users at all times
- understand what is required of them by the Health Professions Council
- understand the need to respect, and so far as possible uphold, the rights, dignity, values and autonomy of every service user including their role in the diagnostic and therapeutic process and in maintaining health and wellbeing
- be aware of current UK legislation applicable to the work of their profession
- be able to practise in accordance with current legislation governing the use of prescription-only medicines by paramedics

1a.2 be able to practise in a non-discriminatory manner

1a.3 understand the importance of and be able to maintain confidentiality

1a.4 understand the importance of and be able to obtain informed consent

1a.5 be able to exercise a professional duty of care

1a.6 be able to practise as an autonomous professional, exercising their own professional judgement

- be able to assess a situation, determine the nature and severity of the problem and call upon the required knowledge and experience to deal with the problem
- be able to initiate resolution of problems and be able to exercise personal initiative

Expectations of a health professional

- know the limits of their practice and when to seek advice or refer to another professional
- recognise that they are personally responsible for and must be able to justify their decisions
- be able to use a range of integrated skills and self-awareness to manage clinical challenges effectively in unfamiliar circumstances or situations

1a.7 recognise the need for effective self-management of workload and resources and be able to practise accordingly

1a.8 understand the obligation to maintain fitness to practise

- understand the need to practise safely and effectively within their cope of practice
- understand the need to maintain high standards of personal conduct
- understand the importance of maintaining their own health
- understand both the need to keep skills and knowledge up to date and the importance of career-long learning
- be able to maintain a high standard of professional effectiveness by adopting strategies for physical and psychological self-care, critical self-awareness, and by being able to maintain a safe working environment

1b Professional relationships

Registrant paramedics must:

1b.1 be able to work, where appropriate, in partnership with other professionals, support staff, service users and their relatives and carers

- understand the need to build and sustain professional relationships as both an independent practitioner and collaboratively as a member of a team
- understand the need to engage service users and carers in planning and evaluating diagnostics, treatments and interventions to meet their needs and goals
- be able to make appropriate referrals
- understand the range and limitations of operational relationships between paramedics and other healthcare professionals
- recognise the principles and practices of other healthcare professionals and healthcare systems and how they interact with the role of a paramedic

1b.2 be able to contribute effectively to work undertaken as part of a multi-disciplinary team

1b.3 be able to demonstrate effective and appropriate skills in communicating information, advice, instruction and professional opinion to colleagues, service users, their relatives and carers

- be able to communicate in English to the standard equivalent to level 7 of the International English Language Testing System, with no element below 6.51
- understand how communication skills affect the assessment of service users and how the means of communication should be modified to address and take account of factors such as age, physical ability and learning ability
- be able to select, move between and use appropriate forms of verbal and non-verbal communication with service users and others
- be aware of the characteristics and consequences of non-verbal communication and how this can be affected by culture, age, ethnicity, gender, religious beliefs and socio-economic status
- understand the need to provide service users (or people acting on their behalf) with the information necessary to enable them to make informed decisions

1 The International English Language Testing System (IELTS) tests competence in spoken and written English. Applicants who have qualified outside of the UK, whose first language is not English and who are not nationals of a country within the European Economic Area (EEA), have to provide evidence that they have reached the necessary standard. We accept a number of other tests as equivalent to the IELTS examination. Please visit our website for more information.

- understand the need to use an appropriate interpreter to assist service users whose first language is not English, wherever possible
- recognise that relationships with service users should be based on mutual respect and trust, and be able to maintain high standards of care even in situations of personal incompatibility
- be able to identify anxiety and stress in patients, carers and others and recognise the potential impact upon communication

1b.4 understand the need for effective communication throughout the care of the service user

- recognise the need to use interpersonal skills to encourage the active participation of service users

2 The skills required for the application practice

2a Identification and assessment of health and social care needs

Registrant paramedics must:

2a.1 be able to gather appropriate information

2a.2 be able to select and use appropriate assessment techniques

- be able to undertake and record a thorough, sensitive and detailed assessment, using appropriate techniques and equipment
- be able to conduct a thorough and detailed physical examination of the patient using observations, palpation, auscultation and other assessment skills to inform clinical reasoning and to guide the formulation of a diagnosis across all age ranges, including calling for specialist help where available
- be able to use observation to gather information about the functional abilities of patients
- understand the need to consider the assessment of both the health and social care needs of patients and carers

2a.3 be able to undertake or arrange investigations as appropriate

2a.4 be able to analyse and critically evaluate the information collected

2b Formulation and delivery of plans and strategies for meeting health and social care needs

Registrant paramedics must:

2b.1 be able to use research, reasoning and problem-solving

skills to determine appropriate actions

- recognise the value of research to the critical evaluation of practice
- be able to engage in evidence-based practice, evaluate practice systematically and participate in audit procedures

The skills required for the application of practice

- be aware of a range of research methodologies
- be able to demonstrate a logical and systematic approach to problem solving
- be able to evaluate research and other evidence to inform their own practice

2b.2 be able to draw on appropriate knowledge and skills in order to make professional judgements

- be able to change their practice as needed to take account of new developments
- be able to demonstrate a level of skill in the use of information technology appropriate to their practice

2b.3 be able to formulate specific and appropriate management plans including the setting of timescales

- understand the requirement to adapt practice to meet the needs of different groups distinguished by, for example, physical, psychological, environmental, cultural or socio-economic factors
- understand the need to demonstrate sensitivity to the factors which shape lifestyle that may impact on the individual's health and affect the interaction between the patient and paramedic

2b.4 be able to conduct appropriate diagnostic or monitoring procedures, treatment, therapy or other actions safely and skilfully

- understand the need to maintain the safety of both service users and those involved in their care
- ensure patients are positioned (and if necessary immobilised) for safe and effective interventions
- know the indications and contra-indications of using specific paramedic techniques, including their modifications
- be able to modify and adapt practice to emergency situations

2b.5 be able to maintain records appropriately

- be able to keep accurate, legible records and recognise the need Standards of proficiency 10 – Paramedics to handle these records and all other information in accordance with applicable legislation, protocols and guidelines
- understand the need to use only accepted terminology in making records

2c Critical evaluation of the impact of, or response

to, the registrant's actions
Registrant paramedics must:

2c.1 be able to monitor and review the ongoing effectiveness of planned activity and modify it accordingly

- be able to gather information, including qualitative and quantitative data, that helps to evaluate the responses of service users to their care
- be able to evaluate intervention plans using recognised outcome measures and revise the plans as necessary in conjunction with the service user
- recognise the need to monitor and evaluate the quality of practice and the value of contributing to the generation of data for quality assurance and improvement programmes
- be able to make reasoned decisions to initiate, continue, modify or cease treatment or the use of techniques or procedures, and record the decisions and reasoning appropriately

2c.2 be able to audit, reflect on and review practice

- understand the principles of quality control and quality assurance
- be aware of the role of audit and review in quality management, including quality control, quality assurance and the use of appropriate outcome measures
- be able to maintain an effective audit trail and work towards continual improvement
- participate in quality assurance programmes, where appropriate
- understand the value of reflection on practice and the need to record the outcome of such reflection
- recognise the value of case conferences and other methods of review

3 Knowledge, understanding and skills

3a Knowledge, understanding and skills

Registrant paramedics must:

3a.1 know and understand the key concepts of the bodies of knowledge which are relevant to their professionspecific practice

- understand the structure and function of the human body, relevant to their practice, together with knowledge of health, disease, disorder and dysfunction
- be aware of the principles and applications of scientific enquiry, including the evaluation of treatment efficacy and the research process
- recognise the role of other professions in health and social care
- understand the theoretical basis of, and the variety of approaches to, assessment and intervention

- know human anatomy and physiology, sufficient to understand the nature and effects of injury or illness, and to conduct assessment and observation in order to establish patient management strategies
- understand the following aspects of biological science:
 - human anatomy and physiology, especially the dynamic relationships of human structure and function and the musculoskeletal, cardiovascular, cardiorespiratory, digestive and nervous systems
 - how the application of paramedic practice may cause physiological and behavioural change
 - human growth and development across the lifespan
 - the main sequential stages of normal development, including cognitive, emotional and social measures of maturation through the human lifespan
 - normal and altered anatomy and physiology throughout the human lifespan
 - relevant physiological parameters and how to interpret changes from the norm

Knowledge, understanding and skills

- disease and trauma processes and how to apply this knowledge to the planning of the patient's pre-hospital care
- the factors influencing individual variations in human function
- understand the following aspects of physical science:
 - principles and theories of physics, biomechanics, electronics and ergonomics that can be applied to paramedic practice
 - the means by which the physical sciences can inform the understanding and analysis of information used to determine a diagnosis
 - the principles and application of measurement techniques based on biomechanics or electrophysiology
- understand the following aspects of behavioural science:
 - psychological and social factors that influence an individual in health and illness
 - how psychology and sociology can inform an understanding of physical and mental health, illness and health care in the context of paramedic practice and the incorporation of this

knowledge into paramedic practice

- how aspects of psychology and sociology are fundamental to the role of the paramedic in developing and maintaining effective relationships
- understand the following aspects of clinical science:
 - pathological changes and related clinical features of conditions commonly encountered by paramedics
 - the changes that result from paramedic practice, including physiological, pharmacological, behavioural and functional
 - the theoretical basis of assessment and treatment and the scientific evaluation of effectiveness
 - principles of evaluation and research methodologies which enable the integration of theoretical perspectives and research evidence into the design and implementation of effective paramedic practice
 - the theories supporting problem solving and clinical reasoning
 - understand relevant pharmacology, including pharmacodynamics and pharmacokinetics

3a.2 know how professional principles are expressed and translated into action through a number of different approaches to practice, and how to select or modify approaches to meet the needs of an individual, groups or communities

- know how to select or modify approaches to meet the needs of patients, their relatives and carers, when presented in emergency and urgent situations
- know the theory and principles of paramedic practice

3a.3 understand the need to establish and maintain a safe practice environment

- be aware of applicable health and safety legislation, and any relevant safety policies and procedures in force at the workplace, such as incident reporting, and be able to act in accordance with these
- be able to work safely, including being able to select appropriate hazard control and risk management, reduction or elimination techniques in a safe manner in accordance with health and safety legislation
- be able to select appropriate personal protective equipment and use it correctly
- be able to establish safe environments for practice, which minimise risks to service users, those treating them, and others, including the use of hazard control and particularly infection control
- understand and be able to apply appropriate moving and handling techniques
- understand the nature and purpose of sterile fields and the paramedic's role and responsibility for maintaining them

Traduction

Le référentiel de compétence des paramédic édité par le HPC

Les phrase en iliaques sont exclusive au paramedic le reste est au commun aux autres professionnels de santé

1 Espérance de professionnels de la santé

1A, une autonomie professionnelle et la responsabilisation

paramedic doit:

1 A.1 être en mesure d'exercer dans les limites juridiques et éthiques de sa profession

- Comprendre la nécessité d'agir à tout instant au mieux des intérêts des utilisateurs du service
 - Comprendre ce qui est exigé d'eux par le Conseil des professions de santé
 - Comprendre la nécessité de respecter, et, autant que possible respecter, les droits, la dignité, des valeurs et de l'autonomie de chaque utilisateur du service, y compris leur rôle dans le processus diagnostique et thérapeutique et dans le maintien de la santé et le bien-être
 - Être informer de la législation britannique en vigueur en ce qui concerne leur profession
 - Être en mesure d'exercer en conformité avec la législation en vigueur régissant l'utilisation des médicaments délivrés uniquement sur ordonnance par les paramedic (specific) SPE

1A.2 être en mesure de pratiquer d'une manière non discriminatoire

1A.3 comprendre l'importance et être en mesure de maintenir la confidentialité

1A.4 comprendre l'importance et être en mesure d'obtenir le consentement éclairé

1A.5 être en mesure d'exercer un devoir professionnel de soins

1A.6 être en mesure de pratiquer en tant que professionnel autonome, exercer leur propre jugement professionnel

- Être capable d'évaluer une situation, de déterminer la nature et la gravité du problème et de faire appel aux connaissances et l'expérience requises pour traiter le problème
- Être capable d'initier la résolution de problèmes et être capable de faire preuve d'initiative personnelle

Les attentes d'un professionnel de la santé

- Connaître les limites de sa connaissances et ses pratiques et savoir demander conseil auprès d'autres professionnels
- Reconnaître qu'il est personnellement responsables des actes et doit être en mesure de justifier ses décisions

- Être capable d'utiliser une gamme de compétences intégrées et se connaître pour gérer efficacement les défis cliniques dans des circonstances inconnues ou à des situations nouvelles

1A.7 reconnaître de la nécessité d'auto-gestion efficace des ressources et de la charge de travail et être en mesure d'exercer en conséquence

1A.8 comprendre l'obligation de maintenir son aptitude à la pratique

- Comprendre la nécessité de pratiquer en toute sécurité et efficacement dans sa pratique
- Comprendre la nécessité de maintenir des normes élevées de CONDUITE personnels
- Comprendre l'importance de maintenir leur propre santé
- Comprendre à la fois la nécessité de maintenir les compétences et connaissances à manger et l'importance de l'apprentissage tout au long de carrière
- Être capable de maintenir un niveau élevé d'efficacité professionnelle, en prenant soin de soi (physique et psychologique), en étant auto critrique, et en étant capable de maintenir un environnement de travail sécuritaire

1B Les relations professionnelles

ambulanciers titulaire doit:

1b.1 être capable de travailler, si besoin, en partenariat avec d'autres professionnels, les utilisateurs de

services et

leurs proches et les soignants

- Comprendre la nécessité de développer et de maintenir des relations professionnelles en tant que praticien indépendant et membre d'une équipe
- Comprendre la nécessité de faire participer les utilisateurs du services et le personnel soignant pendant toute la prise en charge pour répondre à leurs besoins.
- Être capable d'effectuer les recommandations appropriées
- *Comprendre la portée et les limites des relations opérationnelles entre les Paramedic et d'autres professionnels*
- *Reconnaître les rôles et les pratiques des autres professionnels de santé, du systèmes de soins de santé et les leurs interaction avec sa pratique en tant que paramedic*

1b.2 être en mesure de contribuer efficacement à une prise en charge dans le cadre d'une équipe pluridisciplinaire

1b.3 être en mesure de communiquer de manière approprié et efficace

- Être capable de communiquer en anglais à l'équivalent standard au niveau 7 de l'International English Language Testing System, sans qu'aucun élément ci-dessous 6,51
- Comprendre comment les compétences de communication impacte sur la compréhension des utilisateurs du service et comment les moyens de communication doivent s'adapter en fonction de facteurs comme l'âge, la capacité physique et la capacité de compréhension
- Être capable d'appropriées de communication verbale et non verbale avec les utilisateurs de services et autres
- Être conscients des caractéristiques et des conséquences de la communication non verbale et comment cela peut être affectée par la culture, l'âge, l'origine ethnique, le sexe, les croyances religieuses et de statut socio-économique
- Comprendre la nécessité de fournir aux utilisateurs des services (ou des personnes agissant au nom ontheir) avec les informations nécessaires pour leur permettre de prendre des décisions éclairées

1 L'International English Language Testing System (IELTS) des tests de compétence à l'oral et de l'anglais écrit. Les candidats qui se sont qualifiés en dehors du Royaume-Uni, dont la première langue n'est pas

L'anglais et qui ne sont pas ressortissants d'un pays au sein de l'Espace économique européen (EEE), ont de fournir la preuve qu'ils ont atteint le niveau nécessaire. Nous acceptons un certain nombre de d'autres tests comme équivalent à l'examen de l'IELTS. S'il vous plaît visitez notre site Web pour plus d'informations.

- Comprendre la nécessité de recourir à un interprète appropriées pour aider les utilisateurs de services dont la première langue n'est pas l'anglais, autant que possible
- Reconnaître que les relations avec les utilisateurs des services devrait être le respect mutuel et la confiance Fondés sur, et être capable de maintenir des normes élevées de soins même dans les situations d'incompatibilité personnelle
- Être capable d'identifier l'anxiété et le stress chez les patients, les soignants et autres et à reconnaître l'impact potentiel sur la communication

1b.4 comprendre la nécessité d'une communication efficace tout au long de la prise en charge de l'utilisateur du service

- Reconnaître la nécessité d'utiliser les compétences interpersonnelles pour encourager la participation active des usagers des services

2 Les compétences requises pour la pratique

2a Identification et évaluation des soins et des besoins de santé

-
- ambulanciers titulaire doit:

2a.1 être en mesure de recueillir des informations appropriées

2a.2 pouvoir choisir et utiliser les techniques d'évaluation clinique appropriées

- Être capable d'entreprendre et d'enregistrer une évaluation approfondie, sensible et détaillée, en utilisant des techniques et des équipements appropriés

- Être en mesure de procéder à un examen physique approfondi et détaillé du patient à partir d'observations, palpation, auscultation et d'autres compétences d'évaluation afin de réaliser un raisonnement clinique et d'orienter à la formulation d'un diagnostic dans tous les tranches d'âge, y compris en faisant appel à un avis d'un spécialiste

- Être capable d'utiliser l'observation afin de recueillir des informations sur les capacités fonctionnelles des patients

- Comprendre la nécessité d'examiner et l'évaluation à la fois des besoins de santé dans l'intérêt du patients et des autres soignants

2a.3 être en mesure de procéder ou faire procéder des investigations approprié

2a.4 être en mesure d'analyser et d'évaluer de façon critique les informations recueillies

2b formulation et l'exécution des plans et stratégies pour la santé de réunion et sociale besoins en soins

- ambulanciers titulaire doit:

2b.1 être en mesure d'utiliser la recherche, de raisonnement et de résolution de problèmes

les compétences nécessaires pour déterminer les actions appropriées

- Reconnaître la valeur de la recherche à l'évaluation critique de la pratique

- Être capable de s'engager dans la pratique fondée sur des preuves, évaluer la pratique systématique et à participer à des procédures d'audit

Les compétences requises pour l'application de bonnes pratiques

- Être au courant d'un ensemble de méthodes de recherche

- Être capable de démontrer une approche logique et systématique pour résolution de problèmes

- Être capable d'évaluer la recherche et autres éléments de preuve

2b.2 être en mesure de s'appuyer sur les connaissances et les compétences appropriées en vue de rendre des jugements professionnels

- Être en mesure de modifier sa pratique, au besoin pour tenir compte des nouvelles pratiques

- Être capable de démontrer un niveau de compétence dans l'utilisation des technologies de l'information (nouvelles technologies)adaptée à sa pratique

2b.3 être en mesure de formuler de gestion spécifiques et des plans appropriés, y compris la fixation de délais

- Comprendre la nécessité d'adapter sa pratique pour répondre aux besoins des populations, par exemple, des facteurs physiques, psychologiques, environnementales, culturelles ou socio-économiques

- Comprendre la nécessité de faire preuve de sensibilité (tracte) face à des éléments qui façonnent mode de vie qui peuvent avoir une incidence sur la santé de l'individu et d'affecter l'interaction entre le patient et le paramedic

2b.4 être en mesure de mener des procédures appropriées de diagnostic ou de surveillance, de traitement, de thérapie ou d'autres actions en toute sécurité et habilement

- Comprendre la nécessité de maintenir la sécurité des usagers de services et les personnes impliquées dans les soins

- S'assurer que les patients soit installer en sécurité (et si nécessaire immobilisé) pour des interventions sûres et efficaces

- Connaître les indications et contre-indications de l'utilisation de techniques spécifiques paramédic

- Être capable de modifier et d'adapter sa pratique face aux situations d'urgences

2b.5 être en mesure de tenir des dossiers de manière appropriée

- Être capable de tenir les dossiers, lisibles et précis et de reconnaître le besoin de normes pour remplir ces dossiers avec et tous les renseignements nécessaires pour en conformité avec la législation, des protocoles et des lignes directrices (guidelines)

- Comprendre la nécessité de n'utiliser que la terminologie normalisé dans le l'élaboration du dossier

2c évaluation critique de l'impact ou d'intervention

2c.1 être en mesure de surveiller et d'examiner en continue l'efficacité des actions et soins mise en œuvre et de les modifier en conséquence

- Être en mesure de recueillir des informations, y compris les données qualitatives et quantitatives, qui permettent d'évaluer les résultats des soins mis en œuvre pour des utilisateurs de services
- Être capable d'évaluer les plans d'interventions (prise en charge) en utilisant de méthodes d'évaluation de résultats reconnues et de réviser les plans si nécessaire en collaboration avec l'utilisateur du service
- Reconnaître la nécessité de surveiller et d'évaluer la qualité de sa pratique dans le but de contribuer à la production de données dans le cadre du programme d'amélioration et d'assurance qualité
- Être capable de prendre des décisions éclairées afin d'initier, de poursuivre, de modifier ou de cesser des traitements de techniques ou de procédures, et d'enregistrer les décisions et les raisonnements de manière appropriée (dossier)

2c.2 être en mesure de vérifier, de réfléchir et de réévaluer ses pratiques

- Comprendre les principes de l'évaluation des pratiques professionnelles , contrôle de qualité
- Être capable de maintenir technique d'évaluation efficace et de travailler à l'amélioration continue
- Participer à des programmes d'assurance qualité
- Comprendre la valeur de la réflexion sur la pratique et la nécessité d'enregistrer les résultats de cette réflexion
- Reconnaître la valeur de l'étude de cas (staff) et d'autres méthodes d'examen

3 les compétences de connaissance, la compréhension

3a.1 connaître et comprendre les concepts clés des connaissances fondamentales qui sont pertinentes à leur pratique professionnelle

- Comprendre et connaître l'anatomie physiologie et physiopathologie et d'en faire des liens sa pratique
- connaître les principes et les applications de la recherche scientifique, y compris l'évaluation de l'efficacité du traitement et du processus de recherche
- Reconnaître le rôle des autres professions en interactions
- Comprendre les bases théoriques de la, et la variété des approches, d'évaluation et d'intervention
- De connaître l'anatomie et la physiologie humaine, suffit à comprendre la nature et les effets de blessure ou de maladie, et de procéder à l'observation et l'évaluation afin d'établir des stratégies de gestion des patients (stratégie de prise en charge)
- Comprendre les aspects suivants de la science biologique:
 - *L'anatomie et la physiologie humaine, en particulier les relations dynamiques de la structure de l'homme et de la fonction et musculosquelettique, cardio-vasculaires, cardio-respiratoire, digestif et du système nerveux*
 - *Comment l'application de la pratique des Paramédics peuvent provoquer des changements physiologiques et comportementaux*
 - *croissance et évolution de l'Homme toute au long de sa vie*
 - *Les principales étapes séquentielles du développement normal, y compris cognitif, affectif et social des mesures de maturation tout au long de la vie*
 - *Anatomie normale et altérée et la physiologie tout au long de la vie*
 - *Les paramètres physiologiques pertinents et comment interpréter les changements de la norme*
 - *Les maladies et les traumatismes et les processus de la façon d'appliquer ces connaissances à la planification des soins du patient pré-hospitaliers*
 - *Les facteurs qui influencent les variations individuelles en fonction de l'homme*
 - *Comprendre les aspects suivants de la science physique:*
- **- Principes et théories de la physique, de la biomécanique, de l'électronique**
et l'ergonomie qui peuvent être appliquées à la pratique des paramédics
 - *Les moyens par lesquels les sciences physiques peuvent éclairer la compréhension et l'analyse de l'information utilisée pour déterminer un diagnostic*
 - *Les principes et l'application des techniques de mesure basé sur la biomécanique ou l'électrophysiologie*
- **- Comprendre les aspects suivants de la science du comportement:**
 - *Facteurs psychologiques et sociaux qui influent sur l'individu en matière de santé et la maladie*
 - *Comment psychologie et la sociologie peut éclairer la compréhension de la santé physiques et mentale, la*

maladie et les soins de santé dans le contexte de pratique des paramédics et l'intégration de cette connaissances en pratique des paramédics

- Comment les aspects de la psychologie et la sociologie sont fondamentales pour pratique paramedic dans le développement et le maintien de relations efficaces

- **- Comprendre les aspects suivants de la recherche clinique:**

- Des changements pathologiques et caractéristiques cliniques liées conditions couramment rencontrées par les ambulanciers paramédicaux

- Les modifications qui résultent de la pratique des paramédics, notamment physiologiques, pharmacologiques, comportementales et fonctionnelles

- La base théorique de l'évaluation et le traitement et l'évaluation scientifique de l'efficacité

- Principes d'évaluation et de méthodologies de recherche qui permettent l'intégration de perspectives théoriques et à la conception de recherche des preuves et la mise en œuvre effective de la pratique des paramédics

- Les bases théoriques de examen clinique et des traitements et l'évaluation scientifique des effets

- Comprendre la pharmacologie pertinentes, y compris la pharmacodynamie et la pharmacocinétique

3a.2 savoir comment les principes professionnel sont exprimés et traduits en pratique, comment sélectionner ou modifier les approches grâce à un certain nombre de approches différents de la pratique pour répondre aux besoins d'un individu, les groupes ou des communautés

- Savoir choisir ou de modifier les approches pour répondre aux besoins des patients, leurs proches et leur entourage, lorsqu'ils sont présentés en situation d'urgence.

- Connaître la théorie et les principes de la pratique des paramédics

3a.3 comprendre la nécessité d'établir et de maintenir une pratique d'un sécurisé

- Être conscients de la législation applicable à la sécurité de la santé et des procédures en vigueur sur son lieu de travail, tels que les rapports d'incident, et être en mesure d'agir en conformité

- Être capable de travailler en toute sécurité, y compris la possibilité de sélectionner une gestion appropriées de maîtrise des risques et, la réduction ou l'élimination, conformément à la législation

- Être capable de choisir un équipement approprié de protection personnelle et de l'utiliser correctement

- Être capable de créer des environnements sûrs pour la pratique, qui minimisent les risques pour patients, ceux qui les soignent, et d'autres, y compris l'utilisation du contrôle des risques et de contrôle des infections en particulier

- Comprendre et être capable d'appliquer et techniques de manutention appropriée

- Comprendre la nature et le but des règles de stérilité la responsabilité du paramédic de leur maintien

ANNEXE XI

SOMMAIRE GUIDELINE JRCALC 2004

Section 1: Introduction

- Contents
- Disclaimer
- Acknowledgements and Copyright
- General
 - consent
 - patient confidentiality
 - professional standards
 - street safety

Section 2: Drugs

1. Adrenaline (epinephrine)
2. Aspirin
3. Atropine
4. Benzylpenicillin (penicillin g)
5. Chlorphenamine (chlorpheniramine, piriton)
6. Diazepam (diazemuls and stesolid)
7. Entonox
8. Furosemide (frusemide, lasix)
9. Glucagon (glucagen)
10. Glucose 10%
11. Glyceryl trinitrate (GTN and suscard)
12. Hydrocortisone
13. Hypostop
14. Ipratropium bromide (atrovent)
15. Lidocaine (lignocaine)
16. Metoclopramide (maxolon)
17. Morphine sulphate
18. Nalbuphine hydrochloride (nubain)
19. Naloxone hydrochloride (narcan)
20. Oxygen
21. Paracetamol oral solution or suspension (calpol)
22. Salbutamol (ventolin)
23. Sodium chloride 0.9%
24. Sodium lactate, compound (Ringers lactate/Hartmann's solution)
25. Syntometrine
26. Thrombolytics (streptokinase, reteplase, tenecteplase)

Trade names are given in brackets

Section 3: Cardiac arrest and arrhythmias

- CAA1 Basic life support (BLS)
- CAA2 Advanced life support (ALS)
- CAA3 Bradycardia
- CAA4 Supraventricular tachycardia (SVT)
- CAA5 Ventricular tachycardia (VT)
- CAA6 Traumatic cardiac arrest
- CAA7 Recognition of Life Extinct (ROLE)
- CAA8 Choking
- CAAR References

Section 4: Medical Emergencies

- A1 Medical emergencies (overview)
- A2 Abdominal pain
- A3 Breathlessness (general)
- A4 Chest pain
- A5 Headache
- A6 Mental illness
- A7 Unconsciousness

Specific treatment options

- T1 Anaphylaxis / allergic reactions
- T2 Asthma
- T3 Cardiac chest pain
- T4 Chronic obstructive pulmonary disease (COPD)
- T5 Fitting
- T6 Gastro intestinal bleeds (GI bleeds)
- T7 Glycaemic emergencies
- T8 Heat exhaustion / heat stroke
- T9 Hyperventilation
- T10 Hypothermia
- T11 Meningococcal septicaemia
- T12 Overdose and poisoning
- T13 Pulmonary embolism
- T14 Pulmonary oedema
- T15 Sickle cell crisis
- T16 Stroke

Section 5: Trauma emergencies

- TR 1 Head trauma
- TR 2 Spinal trauma
- TR 3 Thoracic trauma
- TR 4 Abdominal trauma
- TR 5 Limb trauma
- TR 6 Trauma in pregnancy
- TR 7 Burns
- TR 8 Drowning / near drowning
- TR 9 Electrocutation

Section 6 : Paediatric emergencies

- PAED 1 Recognition of the seriously ill child
- PAED 2 Paediatric trauma emergencies

PAEDIATRIC RESUSCITATION

- PAED 3 Paediatric basic life support (BLS)
- PAED 4 Paediatric advanced life support (ALS)
- PAED 5 Neonatal resuscitation
- PAED 6 Paediatric resuscitation charts
- PAED 7 Choking

SPECIAL CIRCUMSTANCES

- PAED 8 Child protection
- PAED 9 Dealing with the death of a child

Section 7: Obstetrics & gynaecological emergencies

- OB/GY1 Normal pregnancy
- OB/GY2 Birth imminent (including malpresentation and post partum haemorrhage)
- OB/GY3 Pregnancy induced hypertension (including eclampsia)
- OB/GY4 Haemorrhage during pregnancy
- OB/GY5 Vaginal bleeding (non obstetric)
- OB/GY6 Sexual assault

Section 8: Procedures

- PROC 1 Airway management
- PROC 2 Assisted ventilation
- PROC 3 Blood glucose level testing
- PROC 4 Blood pressure measurement
- PROC 5 Chemical, biological, radiological & nuclear (CBRN)
- PROC 6 Clinical records
- PROC 7 Clinical waste and sharps
- PROC 8 Defibrillation
- PROC 9 E.C.G.s
- PROC 10 Equipment to scene
- PROC 11 Hospital alert/information call
- PROC 12 Infection control
- PROC 13 Intraosseous infusion
- PROC 14 Intravenous cannulation
- PROC 15 Intravenous fluid therapy
- PROC 16 Longboard
- PROC 17 Needle cricothyroidotomy
- PROC 18 Needle thoracocentesis
- PROC 19 Oxygen therapy
- PROC 20 Peak flow readings
- PROC 21 Pulse oximetry
- PROC 22 Scene assessment
- PROC 23 Splintage
- PROC 24 Temperature taking
- PROC 25 Transportation

ANNEXE XII
Extrait du Guideline JRCALC 2004

INTRODUCTION

COPD is a general term that covers a variety of previously used labels which are now recognised as different aspects of the same underlying problem. The term COPD encompasses:

- chronic bronchitis
- emphysema
- chronic obstructive airways disease (COAD)
- chronic airflow limitation disease (COLD)
- some cases of chronic asthma.

COPD is a chronic progressive disorder characterised by airway obstruction that does not change markedly over several months. Whilst the impairment is considered permanent it may be partially reversible (at least transiently) by bronchodilator and/or other therapies.

COPD usually presents to the Ambulance Service as an acute exacerbation of the underlying illness or as a secondary illness rather than the chief complaint.

Known type II respiratory failure patients should be encouraged to carry some form of identification to aid in their care.

HISTORY

See breathlessness guideline.

Specific presenting features of an acute exacerbation include:

- worsening of a previously stable condition
- increased wheeze
- increased dyspnoea
- increased sputum volume
- chest tightness
- fluid retention.

ASSESSMENT

Assess **ABCD**.

Specifically consider:

- respiratory rate and effort
- any "bubbling" associated with breathing distress e.g. chest infection or pulmonary oedema
- any audible wheeze
- is this an exacerbation of the underlying condition or something new e.g. pulmonary oedema, acute asthma etc?
- differential diagnoses include pneumonia, pneumothorax, LVF, PE, lung cancer and upper airway obstruction

- evaluate whether any **TIME CRITICAL** features are present. These may include:

- extreme breathing difficulty (by reference to patients normal condition)
- cyanosis (although peripheral cyanosis may be normal in some patients)
- exhaustion
- hypoxia ($\text{SaO}_2 < 85$, unresponsive to O_2) – these patients will normally run with a lower SaO_2 than non COPD patients.

If any of these features are present **correct A and B problems then transport to the nearest suitable receiving hospital.**

Provide a **hospital alert message/information call.**

MANAGEMENT

Follow Medical Emergencies Guideline remembering to:

- ensure **ABCD**
- position for comfort and ease of respiration – often sitting forwards
- be prepared for respiratory arrest.

Specifically consider:

- monitor using ECG and pulse oximeter
- nebulise with 5mg Salbutamol
- if no response after five minutes, a further 5mg nebulised salbutamol, combined with 0.5mg ipratropium should be considered. Whilst ipratropium is given once only, salbutamol may be repeated at regular intervals unless the side effects of the drug become significant
- after nebulisation has relieved severe/life threatening shortness of breath, controlled oxygen therapy should be applied via a medium concentration mask, looking to maintain an oxygen saturation (SaO_2) in the region 90-93%.

ADDITIONAL INFORMATION

Pulse oximetry, whilst important in COPD patients, will not indicate CO_2 levels which are assessed by blood gas analysis in hospital.

If the primary illness is NOT COPD but an illness or injury which requires high flow oxygen (such as MI, major trauma etc) then this should NOT BE WITHHELD. The patient should be continually monitored closely for changes in respiratory rate and depth and the inspired concentration adjusted accordingly. In the short time that a patient is in ambulance care hypoxia presents a much greater risk than hypercapnia for most patients.

Whilst blood gas levels are important to continuing long term care of the patient a lack of oxygen will prove fatal far more rapidly in the acute setting than changes in CO₂ levels which alter far more slowly.

Use of systemic corticosteroids as advocated in asthma is of NO proven benefit in acute exacerbations of COPD. A course of oral steroids and/or antibiotics may be appropriate based on the judgement of the assessing hospital doctor or general practitioner.

REFERENCES

- R Murphy, K Mackway-Jones, I Sammy, P Driscoll, A Gray, R O'Driscoll, J O'Reilly, R Niven, A Bentley, G Brear, R Kishen Emergency oxygen therapy for the breathless patient. Guidelines prepared by North West Oxygen Group *Emerg Med J* 2001;18:421-423
- Guidelines on the Management of COPD.** The British Thoracic Society Standards of Care Committee. *Thorax* 1997. 52: (Suppl V)
- Rebuck AS, Chapman KR, Abboud R et al. Nebulized anticholinergic and sympathomimetic treatment of asthma and chronic obstructive airways disease in the emergency room. *Am J Med* 1987;82:59-64.
- O'Driscoll BR, Taylor RJ, Horsley MG et al. Nebulised salbutamol with and without ipratropium bromide in acute airflow obstruction. *Lancet* 1989;1:1418-20.
- Shrestha M, O'Brien T, Haddox R et al. Decreased duration of emergency department treatment of chronic obstructive pulmonary disease exacerbations with the addition of ipratropium bromide to beta-agonist therapy. *Ann Emerg Med* 1991;20:1206-9.
- Moayyedi P, Congleton J, Page RL et al. Comparison of nebulised salbutamol and ipratropium bromide with salbutamol alone in the treatment of chronic obstructive pulmonary disease *Thorax* 1995;50:834-7.
- Koutsogiannis Z, Kelly AM. Does high dose ipratropium bromide added to salbutamol improve pulmonary function for patients with chronic obstructive airways disease in the emergency department? *Aus New Zealand Med J* 2000;30:38-40.
- Harrison M, Multiple different bronchodilators unnecessary in acute COPD <http://www.bestbets.org/cgi-bin/bets.pl?record=00259> accessed 23 January 2004

ANNEXE XIII

Tableau de correspondance entre les Unités d'Enseignement et les ECTS de la formation IDE

DIPLOME D'ETAT INFIRMIER																			
	Année 1-Semestre 1			Année 1-Semestre 2			Année 2-Semestre 3			Année 2-Semestre 4			Année 3-Semestre 5			Année 3-Semestre 6			TOTAL
	CM	TD	TrPers	CM	TD	TrPers	CM	TD	TrPers	CM	TD	TrPers	CM	TD	TrPers	CM	TD	TrPers	
1 : SCIENCES HUMAINES, SOCIALES ET DROIT																			
UE 1.1.S1 PSYCHOLOGIE, SOCIOLOGIE, ANTHROPOLOGIE	40	15	3																3
UE 1.1.S2 PSYCHOLOGIE, SOCIOLOGIE, ANTHROPOLOGIE		25	10	2															2
UE 1.2.S2 SANTE PUBLIQUE ET ECONOMIE DE LA SANTE		20	15	2															2
UE 1.2.S3 SANTE PUBLIQUE ET ECONOMIE DE LA SANTE					20	20	3												3
UE 1.3.S1 LEGISLATION, ETHIQUE, DEONTOLOGIE	20	20	2																2
UE 1.3.S4 LEGISLATION, ETHIQUE, DEONTOLOGIE																			3
TOTAL	60	35	5	45	25	4	20	20	3	30	20	3	30	20	3	30	20	3	15
2 : SCIENCES BIOLOGIQUES ET MEDICALES																			
	CM	TD	TrPers	CM	TD	TrPers	CM	TD	TrPers	CM	TD	TrPers	CM	TD	TrPers	CM	TD	TrPers	ECTS
UE 2.1.S1 BIOLOGIE FONDAMENTALE	20	5	1																1
UE 2.2.S1 CYCLES DE LA VIE ET GRANDES FONCTIONS	45	15	3																3
UE 2.3.S2 SANTE, MALADIE, HANDICAP, ACCIDENTS DE LA VIE		15	15	2															2
UE 2.4.S1 PROCESSUS TRAUMATIQUES ET INFECTIEUX	30	10	2																2
UE 2.5.S3 PROCESSUS INFLAMMATOIRES ET INFECTIEUX				30	10	2													2
UE 2.6.S2 PROCESSUS PSYCHOPATHOLOGIQUES		30	10	2															2
UE 2.6.S5 PROCESSUS PSYCHOPATHOLOGIQUES													30	10	2				2
UE 2.7.S4 DEFAILLANCES ORGANIQUES ET PROCESSUS DEGENERATIFS													30	10	2				2
UE 2.8.S3 PROCESSUS OBSTRUCTIFS							30	10	2										2
UE 2.9.S5 PROCESSUS TUMORAUX													30	10	2				2
UE 2.10.S1 INFECTIOLOGIE HYGIENE THERAPEUTIQUES	20	20	2																2
UE 2.11.S1 PHARMACOLOGIE ET THERAPEUTIQUES	35	10	2																2
UE 2.11.S3 PHARMACOLOGIE ET THERAPEUTIQUES							15	5	1										1
UE 2.11.S5 PHARMACOLOGIE ET THERAPEUTIQUES													30	10	2				2
TOTAL	150	60	10	45	25	4	75	25	5	30	10	2	90	30	6				27

3 : SCIENCES ET TECHNIQUES INFIRMIERES, FONDEMENTS ET METHODES	S1			S2			S3			S4			S5			S6			
	CM	TD	Tr/Pers																
UE 3.1.S1 RAISONNEMENT ET DEMARCHE CLINIQUE INFIRMIERE	15	25	2																2
UE 3.1.S2 RAISONNEMENT ET DEMARCHE CLINIQUE INFIRMIERE				5	25														2
UE 3.2.S2 PROJET DE SOINS INFIRMIERS				5	15														1
UE 3.2.S3 PROJET DE SOINS INFIRMIERS							5	15											1
UE 3.3.S3 ROLES INFIRMIERS, ORGANISATION DU TRAVAIL ET INTERPROFESSIONNALITE							10	10											1
UE 3.3.S5 ROLES INFIRMIERS, ORGANISATION DU TRAVAIL ET INTERPROFESSIONNALITE													10	20					2
UE 3.4.S4 INITIATION A LA DEMARCHE DE RECHERCHE													20	15					2
UE 3.4.S6 INITIATION A LA DEMARCHE DE RECHERCHE																	20	10	2
UE 3.5.S4 ENCADREMENT DE PROFESSIONNELS DE SOINS													10	20					2
TOTAL	15	25	2	10	40		15	25		30	35		4	20		20	10		15

4 : SCIENCES ET TECHNIQUES INFIRMIERES, INTERVENTIONS	S1			S2			S3			S4			S5			S6			
	CM	TD	TrPers ECTS																
UE 4.1.S1 SOINS DE CONFORT ET DE BIEN ETRE	6	34	2																2
UE 4.2.S2 SOINS RELATIONNELS				3	15	1													1
UE 4.2.S3 SOINS RELATIONNELS							4	36	2										2
UE 4.2.S5 SOINS RELATIONNELS													20		1				1
UE 4.3.S2 SOINS D'URGENCES				6	15	1													1
UE 4.3.S4 SOINS D'URGENCES										3	18	1							1
UE 4.4.S2 THERAPEUTIQUES ET CONTRIBUTION AU DIAGNOSTIC MEDICAL				7	23	2													2
UE 4.4.S4 THERAPEUTIQUES ET CONTRIBUTION AU DIAGNOSTIC MEDICAL										6	34	2							2
UE 4.4.S5 THERAPEUTIQUES ET CONTRIBUTION AU DIAGNOSTIC MEDICAL													6	34	2				2
UE 4.5.S2 SOINS INFIRMIERS ET GESTION DES RISQUES				10	10	1													1
UE 4.5.S4 SOINS INFIRMIERS ET GESTION DES RISQUES										10	10	1							1
UE 4.6.S3 SOINS EDUCATIFS ET PREVENTIFS							4	21	2										2
UE 4.6.S4 SOINS EDUCATIFS ET PREVENTIFS												15			2				2
UE 4.7.S5 SOINS PALLIATIFS ET DE FIN DE VIE													10	20	2				2
UE 4.8.S6 QUALITE DES SOINS EVALUATION DES PRATIQUES																30	20		3
TOTAL	6	34	2	26	63	5	8	57	4	19	77	6	16	74	5	30	20	3	25

ANNEXE XIV

Convergences des décrets de compétences IDE / Paramedic

Evaluer une situation clinique et établir un diagnostic dans le domaine infirmier

- 1. Evaluer les besoins de santé et les attentes d'une personne ou d'un groupe de personnes en utilisant un raisonnement clinique respect des droits du patient (dossier, outils de soins,...)**
 - Être capable d'évaluer une situation, de déterminer la nature et la gravité du problème et de faire appel aux connaissances et l'expérience requises pour traiter le problème
- 2. Rechercher et sélectionner les informations utiles à la prise en charge de la personne dans le respect des droits du patient**
 - Être en mesure de recueillir des informations, y compris les données qualitatives et quantitatives, qui permettent d'évaluer les résultats des soins mis en œuvre pour des utilisateurs de services
 - Être en mesure de recueillir des informations appropriées
 - Pouvoir choisir et utiliser les techniques d'évaluation clinique appropriées
 - Être capable d'entreprendre et d'enregistrer une évaluation approfondie, sensible et détaillée, en utilisant des techniques et des équipements appropriés
- 3. Identifier les signes et symptômes liés à la pathologie, à l'état de santé de la personne et à leur évolution**
 - Être en mesure de procéder ou faire procéder des investigations appropriées
 - Être en mesure de procéder à un examen physique approfondi et détaillé du patient à partir d'observations, palpation, auscultation et d'autres compétences d'évaluation afin de réaliser un raisonnement clinique et d'orienter à la formulation d'un diagnostic dans tous les tranches d'âge, y compris en faisant appel à un avis d'un spécialiste
- 4. Conduire un entretien de recueil de données**
- 5. Repérer les ressources et les potentialités d'une personne ou d'un groupe, notamment dans la prise en charge de sa santé**
- 6. Analyser une situation de santé et de soins et poser des hypothèses interprétatives**
 - Être en mesure d'analyser et d'évaluer de façon critique les informations recueillies
- 7. Elaborer un diagnostic de situation clinique et/ou un diagnostic infirmier à partir des réactions aux problèmes de santé d'une personne, d'un groupe ou d'une collectivité et identifier les interventions infirmières nécessaires**
 - Être capable d'utiliser l'observation afin de recueillir des informations sur les capacités fonctionnelles des patients
- 8. Evaluer les risques dans une situation d'urgence, de violence, de maltraitance ou d'aggravation et déterminer les mesures prioritaires**

Compétence 2 :

Concevoir et conduire un projet de soins infirmier

- 1. Elaborer un projet de soins dans un contexte de pluriprofessionnalité**
- 2. Hiérarchiser et planifier les objectifs et les activités de soins en fonction des paramètres du contexte et de l'urgence des situations**
 - Être capable d'initier la résolution de problèmes et être capable de faire preuve d'initiative personnelle
- 3. Mettre en œuvre des soins en appliquant les règles, les procédures et les outils de la qualité de la sécurité (hygiène, asepsie, vigilances...) et de la traçabilité**
 - Choisir un équipement approprié de protection personnelle et de l'utiliser correctement maintenir la sécurité des usagers de services et les personnes impliquées dans les soins
 - Comprendre la nature et le but des règles de stérilité la responsabilité du paramédic de leur maintien
 - Être capable de créer des environnements sûrs pour la pratique, qui minimisent les risques pour patients, ceux qui les soignent, et d'autres, y compris l'utilisation du contrôle des risques et de contrôle des infections en particulier

4. Adapter les soins et les protocoles de soins infirmiers aux personnes, aux situations et aux contextes, anticiper les modifications dans l'organisation des soins et réagir avec efficacité en prenant des mesures adaptées

- Être capable de prendre des décisions éclairées afin d'initier, de poursuivre, de modifier ou de cesser des traitements de techniques ou de procédures, et d'enregistrer les décisions et les raisonnements de manière appropriée (dossier)

- Être capable d'utiliser une gamme de compétences intégrées et se connaître pour gérer efficacement les défis cliniques dans des circonstances inconnues ou à des situations nouvelles

- Savoir choisir ou de modifier les approches pour répondre aux besoins des patients, leurs proches et leur entourage, lorsqu'ils sont présentés en situation d'urgence.

5. Organiser et répartir les activités avec et dans l'équipe de soins en fonction des compétences des collaborateurs et du contexte quotidien

6. Accompagner et guider la personne dans son parcours de soins

7. Identifier les risques liés aux situations de soin et déterminer les mesures préventives et/ou correctives adaptées

- Être en mesure de surveiller et d'examiner en continu l'efficacité des actions et soins mise en œuvre et de les modifier en conséquence

8. Prévoir et mettre en œuvre les mesures appropriées en situation d'urgence ou de crise en référence aux protocoles existants

- Être capable de modifier et d'adapter sa pratique face aux situations d'urgences

- Être capable de prendre des décisions éclairées afin d'initier, de poursuivre, de modifier ou de cesser des traitements de techniques ou de procédures, et d'enregistrer les décisions et les raisonnements de manière appropriée (dossier)

9. Argumenter le projet de soins et la démarche clinique lors de réunions professionnelles et interprofessionnelles (transmission, staff professionnel...)

10. Evaluer la mise en œuvre du projet de soins avec la personne et son entourage et identifier les réajustements nécessaires

Compétence 5 :

Initier et mettre en œuvre des soins éducatifs et préventifs

1. Repérer les besoins et les demandes des personnes et des populations en lien avec les problématiques de santé publique

2. Accompagner une personne, ou un groupe de personnes, dans un processus d'apprentissage pour la prise en charge de sa santé et de son traitement

3. Accompagner une personne dans un processus décisionnel concernant sa santé : consentement aux soins, comportement vis-à-vis de la santé...

4. Concevoir et mettre en œuvre des actions de conseil, de promotion de la santé et de prévention répondant aux besoins de populations ciblées

5. Conduire une démarche d'éducation pour la santé et de prévention par des actions pédagogiques individuelles et collectives

6. Concevoir, formaliser et mettre en œuvre une démarche et un projet d'éducation thérapeutique pour une ou plusieurs personnes

7. Choisir et utiliser des techniques et des outils pédagogiques qui facilitent et soutiennent l'acquisition des compétences en éducation et prévention pour les patients

Accompagner une personne dans la réalisation de ses soins quotidiens

1. Apprécier la capacité de la personne à réaliser les activités de la vie quotidienne et l'accompagner dans les soins en favorisant sa participation et celle de son entourage
2. Adapter les soins quotidiens aux besoins de la personne, en tenant compte de ses ressources, ses déficiences ou ses handicaps
3. Evaluer, anticiper et prévenir les risques liés à la diminution ou la perte de l'autonomie et à l'altération de la mobilité
- Comprendre et être capable d'appliquer et techniques de manutention appropriée
4. Adapter et sécuriser l'environnement de la personne
- S'assurer que les patients soit installer en sécurité (et si nécessaire immobilisé) pour des interventions sûres et efficaces
5. Identifier des activités contribuant à mobiliser les ressources de la personne en vue d'améliorer ou de maintenir son état physique et psychique
- Comprendre la nécessité de faire participer les utilisateurs du service et le personnel soignant pendant toute la prise en charge pour répondre à leurs besoins.-
6. Evaluer l'évolution de la personne dans sa capacité à réaliser ses soins

Compétence 4

Mettre en œuvre des actions à visée diagnostique et thérapeutique

1. Analyser les éléments de la prescription médicale en repérant les interactions et toutes anomalies manifestes
2. Préparer et mettre en œuvre les thérapeutiques médicamenteuses et les examens selon les règles de sécurité, d'hygiène, et d'asepsie
- Etre en mesure de mener des procédures appropriées de diagnostic ou de surveillance, de traitement, de thérapie ou d'autres actions en toute sécurité et habilement
3. Organiser l'administration des médicaments selon la prescription médicale, en veillant à l'observance et à la continuité des traitements
4. Mettre en œuvre les protocoles thérapeutiques adaptés à la situation clinique d'une personne
5. Initier et adapter l'administration des antalgiques dans le cadre des protocoles médicaux
6. Conduire une relation d'aide thérapeutique
7. Utiliser, dans le cadre d'une équipe pluridisciplinaire, des techniques à visé e thérapeutique et psychothérapeutiques
8. Prévoir, installer et utiliser les appareils et dispositifs médicaux opérationnels nécessaires aux soins et au confort de la personne
9. Anticiper et accompagner les gestes médicaux dans les situations d'aide technique
10. Prescrire des dispositifs médicaux selon les règles de bonne pratique
11. Identifier les risques liés aux thérapeutiques et aux examens et déterminer les mesures préventives et/ou correctives adaptées
- Connaître les indications et contre-indications de l'utilisation de techniques spécifiques paramédic
12. Synthétiser les informations afin d'en assurer la traçabilité sur les différents outils appropriés (dossier de soins, résumé de soins, compte rendus infirmiers, transmissions...)

- Être en mesure de tenir des dossiers de manière appropriée

Compétence 6

Communiquer et conduire une relation dans un contexte de soins

1. Définir, établir et créer les conditions et les modalités de la communication propices à l'intervention soignante, en tenant compte du niveau de la compréhension de la personne

- Comprendre l'importance et être en mesure de maintenir la confidentialité
- Comprendre comment les compétences de communication impacte sur la compréhension des utilisateurs du service et comment les moyens de communication doivent s'adapter en fonction de facteurs comme l'âge, la capacité physique et la capacité de compréhension

2. Accueillir et écouter une personne en situation de demande de santé ou de soin en prenant en compte son histoire de vie et son contexte

- Être en mesure de pratiquer d'une manière non discriminatoire

3. Instaurer et maintenir une communication verbale et non verbale avec les personnes en tenant compte des altérations de communication

- Être capable d'appropriées de communication verbale et non verbale avec les utilisateurs de services

4. Rechercher et instaurer un climat de confiance avec la personne soignée et son entourage en vue d'une alliance thérapeutique

- Être conscients des caractéristiques et des conséquences de la communication non verbale et comment cela peut être affectée par la culture, l'âge, l'origine ethnique, le sexe, les croyances religieuses et de statut socio-économique
- Comprendre la nécessité de fournir aux utilisateurs des services (ou des personnes agissant au nom ontheir) avec les informations nécessaires pour leur permettre de prendre des décisions éclairées

5. Informer une personne sur les soins en recherchant son consentement

- Comprendre l'importance et être en mesure d'obtenir le consentement éclairé

6. Identifier les besoins spécifiques de relation et de communication en situation de détresse, de fin de vie, de deuil, de déni, de refus, conflit et agressivité

7. Conduire une démarche de communication adaptée aux personnes et à leur entourage en fonctions des situations identifiées

Compétence 7 :

Analyser la qualité et améliorer sa pratique professionnelle

1. Observer, formaliser et expliciter les éléments de sa pratique professionnelle

- Reconnaître la nécessité de surveiller et d'évaluer la qualité de sa pratique dans le but de contribuer à la production de données dans le cadre du programme d'amélioration et d'assurance
- Participer à des programmes d'assurance qualité
- Comprendre la valeur de la réflexion sur la pratique et la nécessité d'enregistrer les résultats de cette réflexion
- Reconnaître la valeur de l'étude de cas (staff) et d'autres méthodes d'examen

2. Confronter sa pratique à celle de ses pairs ou d'autres professionnels

3. Evaluer les soins, les prestations et la mise en oeuvre des protocoles de soins infirmiers au regard des valeurs professionnelles, des principes de qualité, de sécurité, d'ergonomie, et de satisfaction de la personne soignée

- Être capable de prendre des décisions éclairées afin d'initier, de poursuivre, de modifier ou de cesser des traitement de techniques ou de procédures, et d'enregistrer les décisions et les raisonnements de manière appropriée (dossier)
- Être capable de travailler en toute sécurité, y compris la possibilité de sélectionner une gestion appropriées de maîtrise des risques et, la réduction ou l'élimination , conformément à la législation
- Être capable de s'engager dans la pratique fondée sur des preuves, évaluer la pratique systématique et à participer à des procédures d'audit

4. Analyser et adapter sa pratique professionnelle au regard de la réglementation, de la déontologie, de l'éthique, et de l'évolution des sciences et des techniques

- Être conscients de la législation applicable à la sécurité de la santé et des procédures en vigueur sur son lieu de travail, tels que les rapports d'incident, et être en mesure d'agir en conformité
- Être en mesure d'exercer dans les limites juridiques et éthiques de sa profession
- Comprendre les principes de l'évaluation des pratiques professionnelles, contrôle de qualité
- Être capable de maintenir technique d'évaluation efficace et de travailler à l'amélioration continue
- Comprendre la nécessité de respecter, et, autant que possible respecter, les droits, la dignité, des valeurs et de l'autonomie de chaque utilisateur du service,
- Être informé de la législation britannique en vigueur en ce qui concerne leur profession
- Être en mesure d'exercer en conformité avec la législation en vigueur régissant l'utilisation des médicaments délivrés uniquement sur ordonnance par les paramédic (specific) SPE
- Être capable de maintenir un niveau élevé d'efficacité professionnelle, en prenant soin de soi (physique et psychologique) , en étant auto critique, et en étant capable de maintenir un environnement de travail sécuritaire

5. Evaluer l'application des règles de traçabilité et des règles liées aux circuits d'entrée et de sortie des matériels et dispositifs médicaux (stérilisation, gestion des stocks, circuits des déchets, circulation des personnes...) et identifier toute non-conformité

6. Apprécier la fonctionnalité des dispositifs médicaux utilisés dans les soins et dans l'urgence

7. Identifier les améliorations possibles et les mesures de réajustement de sa pratique

- Être en mesure de modifier sa pratique, au besoin pour tenir compte des nouvelles pratiques
- Être capable à la fois la nécessité de maintenir les compétences et connaissances à jour et l'importance de l'apprentissage tout au long de carrière

Compétence : 8

Rechercher et traiter des données professionnelles et scientifiques

1. Questionner, traiter, analyser des données scientifiques et/ou professionnelles

- Être capable de démontrer une approche logique et systématique pour résolution de problèmes
- Être capable d'évaluer la recherche et autres éléments de preuve
- Être capable de démontrer un niveau de compétence dans l'utilisation des technologies de l'information (nouvelles technologies)

2. Identifier une problématique professionnelle et formuler un questionnement

3. Identifier les ressources documentaires, les travaux de recherche et utiliser des bases de données actualisées

4. Utiliser les données contenues dans des publications scientifiques et/ou professionnelles

5. Choisir des méthodes et des outils d'investigation adaptés au sujet étudié et les mettre en œuvre

- Être au courant d'un ensemble de méthodes de recherche

6. Rédiger et présenter des documents

- être en mesure d'utiliser la recherche, de raisonnement et de résolution de problèmes

Compétence 9 :

Organiser et coordonner les interventions soignantes

1. Identifier les acteurs intervenant auprès des personnes (santé, social, médico-social, associatif...)

- Reconnaître le rôle des autres professions en interactions y compris leur rôle dans le processus diagnostique et thérapeutique et dans le maintien de la santé et le bien-être
- Reconnaître les rôles et les pratiques des autres professionnels de santé , du systèmes de soins de santé et les leurs interaction avec sa pratique

2. Organiser ses interventions en tenant compte des limites de son champ professionnel et de ses responsabilités, veiller à la continuité des soins en faisant appel à d'autres compétences

- Connaître les limites de ses connaissances et ses pratiques et savoir demander conseil auprès d'autres professionnels
- Reconnaître qu'il est personnellement responsable des actes et doit être en mesure de justifier ses décisions

3. Choisir les outils de transmission de l'information adaptés aux partenaires et aux situations et en assurer la mise en place et l'efficacité

- Être capable de démontrer un niveau de compétence dans l'utilisation des technologies de l'information (nouvelles technologies)

4. Coordonner les actions et les soins auprès de la personne soignée avec les différents acteurs de la santé, du social et de l'aide à domicile

- Comprendre la nécessité de développer et de maintenir des relations professionnelles en tant que praticien indépendant et membre d'une équipe

5. Coopérer au sein d'une équipe pluriprofessionnelle dans un souci d'optimisation de la prise en charge sanitaire et médico-sociale

- Comprendre la portée et les limites des relations opérationnelles entre les Paramedic et d'autres professionnels

6. Coordonner le traitement des informations apportées par les différents acteurs afin d'assurer la continuité et la sécurité des soins

7. Instaurer et maintenir des liaisons avec les acteurs, réseaux et structures intervenant auprès des personnes

8. Organiser son travail dans les différents modes d'exercice infirmier, notamment dans le secteur libéral

- Être capable d'effectuer les recommandations appropriées

Compétence 10 :

Informier, former des professionnels et des personnes en formation

1. Organiser l'accueil et l'information d'un stagiaire et d'un nouvel arrivant professionnel dans le service, la structure ou le cabinet de soins

2. Organiser et superviser les activités d'apprentissage des étudiants

3. Evaluer les connaissances et les savoir-faire mis en œuvre par les stagiaires en lien avec les objectifs de stage

4. Superviser et évaluer les actions des AS, AP, et AMP en tenant compte de leur niveau de compétence et des contextes d'intervention dans le cadre de la collaboration

5. Transférer son savoir-faire et ses connaissances aux stagiaires et autres professionnels de santé par des conseils, des démonstrations, des explications, et de l'analyse commentée de la pratique

6. Animer des séances d'information et des réflexions sur la santé, la prise en charge des personnes et l'organisation des soins auprès d'acteurs de la santé