

Travail d'intérêt professionnel
Diplôme d'Etat d'infirmier anesthésiste

***L'INFIRMIER ANESTHESISTE
EN PRE - HOSPITALIER
SANS MEDECIN***

*Situation actuelle et perspectives
d'avenir*

NOTE AUX LECTEURS

Le travail d'intérêt professionnel des étudiants de l'école d'infirmiers anesthésistes de l'AP – HP, groupe hospitalier Pitié – Salpêtrière est un travail réalisé au cours de la formation.

Les opinions exprimées n'engagent que les auteurs.

Le travail d'intérêt professionnel ne peut faire l'objet d'une publication, en tout ou partie, sans l'accord de son auteur et de l'école d'infirmiers anesthésistes.

REMERCIEMENTS

Tout au long de mon travail, j'ai rencontré de nombreuses personnes qui ont chacune fait preuve de patience et d'une grande disponibilité afin d'apporter, par le partage de leurs connaissances et de leur expérience, une pierre à mon édifice.

- ✚ Bruno Garrigue – Cadre IADE – SMUR Avicenne – SAMU 93
- ✚ Barbara Mercadier – IADE – SMUR Necker – SAMU 75
- ✚ Christine Pouenat – IADE – SMUR Necker – SAMU 75
- ✚ Vincent Montmartreau – IADE – SMUR Avicenne – SAMU 93 / SDIS 77
- ✚ Vincent Dubrous – IADE – Infirmier Coordinateur – ENSOSP
- ✚ Vivien Godet – IDE – SMUR Alençon – SAMU 61 / SDIS 72
- ✚ Sylvain Wlodarczyk – Directeur de l'Institut Européen de Formation en Santé
- ✚ Docteur Mathias Rossignol – D.A.R. Lariboisière – Paris
- ✚ Docteur Jean-Jacques Arzalier – Chef de service – SAMU 83
- ✚ Julien San Roman – IDE – Ecole d'IADE Pitié Salpêtrière – Paris / SDIS 77
- ✚ Jean Luc LE ROY – IADE – Infirmier principal – Groupement Centre – SDIS 66

Je remercie les responsables des services, cadres ou médecins, qui ont accepté de participer à cette étude et qui ont su apporter une note de sympathie et de bonne humeur au cours des différents entretiens qu'ils m'ont accordés.

- ✚ Cédric Havard – IDE – Groupement Nord – SDIS 77
- ✚ Stephan Graesslin – Cadre IDE – SMUR Mulhouse – SAMU 68
- ✚ Véronique Champenois – Cadre IADE – SMUR Necker – SAMU 75
- ✚ Docteur Willy Valliccioni – SMUR Toulon – SAMU 83

Ce travail n'aurait jamais été mené à terme sans l'indulgence et la perspicacité de mon tuteur de mémoire. Si le compagnonnage devait être défini, il trouverait ici sa plus belle expression.

Merci à Jean - Luc Salla – Cadre IADE – SMUR Beaujon – SAMU 92

Pour leur clémence et leur patience, je remercie mes proches desquels mes études m'ont trop souvent éloigné.

Nicole et Elodie sont entièrement associées à la réalisation de ces pages. Elles ont porté un regard impitoyable sur chaque paragraphe, chaque phrase, chaque mot.

Je tiens à remercier tout particulièrement Sébastien Langella, sans qui rien de tout cela ne serait arrivé.

L'apprentissage est un parcours parfois sinueux. L'itinéraire d'un élève est souvent semé d'embûches et son initiation fait souvent l'objet de moments d'errance où il se sent perdu. La réalisation de ce travail d'intérêt professionnel s'est parfois faite dans une obscurité terrifiante. Perdu dans cette pénombre deux phares ont éclairé ma route.

Le premier est une belle flamme, vive et rassurante. Sa lumière a guidé mes pas et m'a redonné espoir quand cela s'avérait nécessaire : mon fils.

Le second n'est plus vraiment une lumière, à peine une lueur, une étoile lointaine. Elle ne brillera plus jamais. Une pensée pour Stéphanie.

SOMMAIRE

AVANT – PROPOS	09
INTRODUCTION	10
CADRE CONCEPTUEL	12
<u><i>L'AN 3 APRES 2000, L'ANNEE DES PIONNIERS</i></u>	<i>12</i>
<u><i>L'ANNÉE 2004, L'ANNEE DECISIVE</i></u>	<i>14</i>
<u><i>LE SMUR TOULON - SAMU 83</i></u>	<i>15</i>
<u><i>LE SMUR NECKER - SAMU 75</i></u>	<i>18</i>
<u><i>LA VL PARAMEDICALISEE DES TROIS FRONTIERES – SAMU 68</i></u>	<i>21</i>
<u><i>LE SSSM 77 - SDIS 77</i></u>	<i>22</i>
<u><i>LES AUTRES EXPERIENCES DE TRANSPORTS SANS MEDECIN</i></u>	<i>23</i>
<u><i>L'ETUDE DE BRUNO GARRIGUE</i></u>	<i>24</i>
CADRE LEGISLATIF	26
<u><i>L'AIDE MEDICALE URGENTE</i></u>	<i>26</i>
<u><i>La Société Française d'Anesthésie et de Réanimation - SFAR</i></u>	
<u><i>La Société Francophone de Médecine d'Urgence - SFMU</i></u>	
<u><i>Le Syndicat National des Infirmiers Anesthésistes - SNIA</i></u>	
<u><i>Le Samu de France</i></u>	
<u><i>LA REGLEMENTATION DE LA PROFESSION D'INFIRMIER</i></u>	<i>30</i>
<u><i>L'infirmier diplômé d'Etat</i></u>	
<u><i>L' infirmier anesthésiste</i></u>	
<u><i>L' infirmier de sapeurs-pompiers</i></u>	

<u>LA FORMATION DES INFIRMIERS</u>	35
<u>La formation au diplôme d'Etat d'infirmier</u>	
<u>La spécialisation en anesthésie</u>	
<u>Les formations en soins d'urgence</u>	
<u>La notion de compétences</u>	
Apprentissage des Techniques Médicales d'Urgences - ATMU	
Pre Hospital Trauma Life Support - PHTLS	
<u>La notion de compétences</u>	
Champ de compétences	
Compétences de l'infirmier anesthésiste diplômé d'Etat	
METHODOLOGIE	43
<u>L'IDENTIFICATION DES STRUCTURES</u>	43
<u>LE CHOIX DES OUTILS DE RECUEIL DE DONNEES</u>	45
<u>LES ENTRETIENS</u>	46
<u>LE QUESTIONNAIRE</u>	46
RECUEIL DE DONNEES ET ANALYSE	47
<u>L'ANALYSE</u>	47
<u>L'organisation des transports sans médecin</u>	
<u>Les protocoles</u>	
<u>Les infirmiers</u>	
<u>LES CRITIQUES ET OBSERVATIONS</u>	63

BILAN ET PERSPECTIVES	64
<u><i>LA PLACE ACTUELLE DE L'IADE</i></u>	<i>64</i>
<u><i>LES PERSPECTIVES</i></u>	<i>65</i>
<u><i>L'avenir des professions de santé</i></u>	
<u><i>L'avenir du secours aux personnes</i></u>	
<u><i>L'avenir de la paramédicalisation</i></u>	
CONCLUSION	72
BIBLIOGRAPHIE	74
ANNEXES	79

AVANT – PROPOS

Nous emploierons le terme générique d'« infirmier » lorsque la distinction entre Infirmier Diplômé d'Etat (IDE) et Infirmier Anesthésiste Diplômé d'Etat (IADE) n'est pas faite. Lorsqu'il sera nécessaire de souligner la spécialisation ou l'absence de spécialisation d'un intervenant, nous préciserons alors s'il s'agit d'un IADE ou d'un IDE.

Bien que la profession infirmière soit essentiellement représentée par des femmes, les termes relatifs aux professionnels de santé seront déclinés au masculin. Ceci afin de faciliter la lecture.

Les professions paramédicales englobent un certain nombre de métiers : kinésithérapie, pédicurie, podologie, soins infirmiers, etc. Utiliser le terme de « **paramédicalisation** » pour signifier la présence d'un infirmier, en opposition à la « **médicalisation** », ne semble donc pas approprié. Devrions-nous alors parler « **d'infirmiérisation** » des secours ? Cela prête au sourire.

A la fin de l'année 2003, au cours de la réalisation de ce travail, l'expression « **médicalisation sur protocoles** » est apparue afin de remplacer, dans les conversations entre spécialistes, celui de « paramédicalisation ».

Par simplicité, nous utiliserons ici l'expression la plus couramment employée : **la paramédicalisation des secours.**

Ce travail a été achevé le 10 avril 2004. Il n'inclut donc pas la **circulaire DHOS 151 du 29 mars 2004** relative au rôle des SAMU, des SDIS et des ambulanciers dans l'aide médicale urgente,

INTRODUCTION

J'ai fini ma formation d'infirmier quelques années avant que le siècle précédent ne s'achève. Au cours de mes trois années de formation initiale, une perspective professionnelle s'est lentement construite. Au sortir de l'Institut de Formations en Soins Infirmiers, ma volonté d'exercer au sein d'un SMUR¹ était inaltérable.

A cet instant, l'idée ne m'effleurait pas que je puisse exercer cette récente passion sans me donner les moyens de l'excellence. Intégrer l'école d'infirmier anesthésiste était devenu une étape incontournable.

Durant ce temps, un nouveau millénaire voyait le jour. Dans le petit monde de l'urgence et du secours, c'est une nouvelle ère qui débutait : celle de la « **paramédicalisation** ».

« **The right man on the right place** »

L'idée naissante était la possibilité qu'un infirmier puisse prendre en charge certains patients sans que le médecin soit physiquement présent auprès de ceux-ci.

Le motif le plus souvent invoqué était la « **réponse graduée à l'urgence** », notion essentiellement développée dans le cadre des interventions « primaires »². A chaque détresse correspondait une réponse adaptée. Auparavant, entre les moyens de prompt secours et l'unité mobile hospitalière, il n'y avait pas de « demi-mesure ». Certains services ont vu, dans l'envoi d'un personnel infirmier seul, doté de protocoles, un échelon intermédiaire permettant l'économie d'une médicalisation superflue³.

La réforme du temps de travail pour les personnels hospitaliers et la chute de la démographie médicale ont incité d'autres services à prendre la même initiative ; davantage par obligation que par choix stratégique⁴.

¹ Service Mobile d'Urgence et de Réanimation

² Interventions sur les lieux mêmes de la détresse

³ Dr. Eric Torres - « Vers un nouveau concept le « Run and Play » - www.urgence.com

⁴ Site Internet du Syndicat National des Praticiens Hospitaliers Anesthésistes Réanimateurs : http://www.snphar.com/A_la_une/phar26/temoignage-26.pdf

Le « Big bang »

A la fin du siècle dernier et dans les premières années du troisième millénaire, plusieurs textes législatifs donnent un cadre à ces nouvelles pratiques. C'est essentiellement la reconnaissance officielle du statut des infirmiers de sapeurs-pompiers (ISP) qui crée l'événement⁵. Celle - ci est suivie par une circulaire permettant à l'ISP de prendre en charge des blessés grâce à des protocoles validés par un médecin⁶ (annexe I)

Ces publications et l'arrivée de ces textes législatifs annoncent le développement d'un nouvel intervenant dans la chaîne médicale des secours : l'infirmier. La paramédicalisation est en marche. Mais un doute naît en moi :

« Si la paramédicalisation se généralisait ; quelle place y trouverait l'IADE ? ».

Il n'est pas dans nos objectifs d'établir ici la nécessité, la légitimité ou l'efficacité de cette paramédicalisation, mais bien de connaître la place de l'IADE dans les pratiques actuelles. Nous n'aborderons pas non plus l'aspect légal de la paramédicalisation, ni les évolutions juridiques que cette paramédicalisation pourrait entraîner.

Après avoir présenté les cadres conceptuel et théorique, j'évoquerai la formation des infirmiers et la notion de compétences. J'établirai la méthodologie de recueil de données et analyserai les résultats de ma recherche. Enfin, j'essaierai d'établir le bilan de ces expériences et d'élargir mes réflexions aux perspectives d'avenir.

⁵ Décret 97 – 1225 du 26 décembre 1997 relatif à l'organisation des services d'incendie et de secours

⁶ Circulaire DSC/10/DC/00356, du 6 juillet 2000 art. 2.2.4.B

CADRE CONCEPTUEL

Etablir un cadre conceptuel, c'est chercher ce qui se fait déjà.

Au début de notre travail, en janvier 2003, certains de nos interlocuteurs avaient attiré notre attention sur l'impossibilité d'étudier des pratiques qui, officiellement, n'existaient pas. Alors que nous défendions l'idée selon laquelle nos questionnements étaient partagés par d'autres professionnels, d'aucuns nous rappelaient l'illégalité de l'activité pré-hospitalière paramédicalisée. Etablir le cadre conceptuel s'est avéré difficile puisqu'il n'existait « rien » et que c'est l'année 2003 qui a vu naître les premières expériences, les premières expérimentations, les premiers bilans. Ainsi, en pleine réalisation de ce travail, nous avons suivi cette genèse de l'activité pré-hospitalière sans médecin.

Nous aborderons ici le déroulement chronologique des deux dernières années, nous établirons également le cadre dans lequel ces transports sans médecin ont été réalisés. Nous présenterons les données issues des premières expérimentations et nous rapporterons les résultats d'une étude récente.

En effet, au mois de décembre 2003, alors que nous travaillions nous - mêmes sur ce sujet, Bruno Garrigue⁷ présentait son mémoire d'école des cadres : « **Transports inter-hospitaliers sans médecin. Quel infirmier pour quel transport ?** ». Son travail est aujourd'hui le seul outil de « cartographie » de la paramédicalisation ; il est le seul reflet de cette activité dont nous disposons actuellement au plan national.

L'AN 3 APRES 2000, L'ANNEE DES PIONNIERS

Plusieurs travaux ministériels ont été à l'origine de nombreux changements. A la fin de l'année 2002, une étude menée par le Professeur Yvon Berland⁸ est parue sur la *démographie des professions de santé*⁹. Elle a été suivie d'une mission *d'évaluation des compétences dans*

⁷ Cadre Infirmier d'Anesthésie – SMUR Avicenne – CESU – SAMU 93

⁸ Doyen de la faculté de médecine de Marseille

⁹ Pr. Berland - Mission « Démographie des professions de santé » - Rapport 2002135 - Novembre 2003

*les métiers de la santé*¹⁰. Si ce rapport n'est pas directement notre sujet, il a servi à la rédaction d'un autre travail majeur : le second rapport dit « Berland » sur le transfert de compétences¹¹, paru en octobre 2003.

Entre le premier rapport et le second « Berland », une circulaire ministérielle avait déjà établi les perspectives pour les mois, voire les années à venir¹². Celle-ci invitait les Agences Régionales d'Hospitalisation (ARH) à étudier la place de l'infirmier dans le cadre de l'urgence et les autorisait à réaliser des expérimentations (annexe II). Elle fut présentée en avril 2003 par le Ministre de la Santé, lors de l'ouverture du congrès « **Urgences 2003** ». A ce même congrès, deux débats eurent lieu : « **Faut-il médicaliser les transports secondaires ?** » et « **IADE ou IDE en SMUR ?** ».

Le 1^{er} juin 2003, le SAMU 83 décidait d'étudier la faisabilité de transports sanitaires sans médecin. Cette expérimentation, sur fond de réforme du temps de travail, est la première expérimentation faisant suite à la circulaire DHOS 195. Cette expérimentation devait durer trois mois.

Au mois de juillet 2003, c'est le SAMU 75 qui décide d'étudier la faisabilité des Transports Infirmiers Inter – hospitaliers Sécurisés (T.I.I.S.) ; cette étude s'est étendue sur deux mois.

Fin 2003, un communiqué officiel du ministère de la Santé annonçait que le SAMU 83 avait en charge l'étude du transfert de compétences dans le domaine de la médecine pré-hospitalière¹³. Ce communiqué faisait directement écho au second rapport « Berland » paru deux mois auparavant.

A ces différents rapports et circulaires, il faut ajouter le **Plan « Hôpital 2007 »** par lequel on envisage « **le partage de plateaux techniques, d'équipements ou de lits et la mise en place de gardes communes, comme en chirurgie ou en obstétrique, notamment pour**

¹⁰ Pr. Matillon – Rapport « Modalités et conditions d'évaluation des compétences professionnelles des acteurs de santé » - août 2003

¹¹ Pr. Berland – Rapport « Coopération des professions de santé : transfert de tâches et de compétences » – octobre 2003

¹² Circulaire n°195/DHOS/01/2003 du 16 avril 2003 relative à la prise en charge des urgences

¹³ Communiqué du Ministère de la Santé du 16 décembre 2003

garantir la permanence des soins. »¹⁴ ; c'est-à-dire la concentration des activités sur des pôles spécialisés permettant une mutualisation des moyens, notamment humains. Cette centralisation des moyens entraînera très probablement une augmentation des transferts inter-hospitaliers alors que la pénurie médicale semble s'aggraver.

Il paraît nécessaire de rappeler que, depuis toujours, des voix s'élèvent contre ces pratiques « médicales sans médecin », notamment celle de Samu de France. Ces argumentations contre le retrait des médecins ont été nombreuses au cours de l'année 2003¹⁵.

L'ANNEE 2004, L'ANNEE DECISIVE

Dès les premiers jours de janvier 2004, Samu de France publie un référentiel sur les transports inter-hospitaliers sous la responsabilité d'un infirmier¹⁶ (annexe III).

Au mois d'avril, le congrès « **Urgences 2004** » se tient à Paris. Au programme de celui-ci, on trouve différentes présentations : l'expérimentation menée au SAMU 75 et le travail de Bruno Garrigue. Le 9 avril, deuxième jour du congrès, une table ronde a pour thème : « **Réflexion sur la place du personnel infirmier dans les transports sanitaires.** »¹⁷.

Lors de cette table ronde, les représentants de la SFMU¹⁸ annoncent que la recommandation du Samu de France de janvier sera suivie d'un texte législatif d'ici la fin de l'année. La réalisation de transports secondaires sans la présence du médecin est donc validée et devrait être réglementée par le législateur.

En revanche, après que le SAMU 68 a présenté le vecteur paramédicalisé mis en place il y a trois ans dans le sud du département ; le représentant de Samu de France, le Professeur Adnet, fait un véritable réquisitoire contre la paramédicalisation des interventions primaires.

¹⁴ www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/hopital2007

¹⁵ Pr. Adnet – Journées Européennes de Médecine d'Urgence – Beaune – novembre 2003. Forum « Faut – il paramédicaliser l'urgence ? ».

¹⁶ Recommandations du SAMU de France pour le transports inter-hospitalier sans médecins – <http://www.samu-de-france.com>

¹⁷ <http://www.urgences2004.org/programme/jeudi.htm>

¹⁸ Société Francophone de Médecine d'Urgence

Les congressistes assiste alors à une joute oratoire entre « pro » et « anti » paramédicalisation dans un climat peu serein.

Cette désapprobation de la paramédicalisation a été encore exprimée le 10 avril et le président de Samu de France a fait part de ses inquiétudes au ministre de la Santé présent ce jour-là¹⁹.

L'année 2004 commence donc par la validation des transports secondaires sans médecin et le début d'un véritable conflit entre les acteurs de l'aide médicale urgente à propos de la médicalisation sur protocoles des interventions primaires.

LE SMUR TOULON - SAMU 83

Le SMUR Toulon, siège du SAMU 83, couvre une population de plus de 400 000 habitants.

Dès l'année 2002, envisageant les conséquences de l'aménagement du temps de travail, la direction du SAMU 83 avait prévu, entre autres possibilités, la mise en place d'un vecteur paramédicalisé. Il a réalisé son expérimentation sur les transports primaires et secondaires du 1^{er} juin au 30 septembre 2004. Celle-ci a été agréée par la Commission Médicale d'Etablissement (CME), la Direction des Soins Infirmiers (DSI) et l'ARH.

L'envoi d'un vecteur sans médecin répond à des appels sans caractère vital correspondant à la classification CCMU <3²⁰.

Le médecin du CRRA²¹ dispose du choix entre un moyen médicalisé ou un moyen paramédicalisé par un infirmier muni d'une quarantaine de protocoles de soins.

Cette expérimentation a duré quatre mois et a fait l'objet d'un rapport d'évaluation. Chaque paramédicalisation a été suivie d'un rapport informatisé, de réunions hebdomadaires de service et d'un recueil de satisfaction auprès des régulateurs et des S.A.U²² recevant les patients transportés.

¹⁹ Marc Giroud, discours du 9 avril 2004, en présence de Monsieur le ministre Douste-Blazy, congrès Urgences 2004

²⁰ Classification Clinique des Malades des Urgences. cf. : Encadré bleu page 16

²¹ Centre de Réception et de Régulation des Appels

²² Service d'Accueil des Urgences

Au cours des ces quatre mois d'expérimentation, les infirmiers ont pris en charge 545 patients. 509 cas ont été inclus dans l'analyse dont 304 dans le cadre d'interventions primaires et 205 dans le cadre des transports secondaires. L'analyse de ces transports fait apparaître les éléments suivants :

✚ Une demande de renfort médical est survenue **26 fois** (5 % des cas),

✚ Le vecteur paramédicalisé prend en charge **29 % du total des sorties**,

✚ Sur les 545 sorties, un moyen médicalisé était disponible 227 fois,

✚ La part d'interventions non suivies d'un transport est de 24 % pour les moyens médicalisés et de 15 % pour les moyens paramédicalisés,

✚ Les gestes les plus fréquemment effectués sont : la pose de voie veineuse périphérique et l'administration d'oxygène,

✚ L'application d'un protocole est effectuée **1 fois sur 3**,

✚ Une analgésie morphinique est faite **1 fois sur 20**,

✚ Dans huit cas (1,6 % des cas) l'infirmier a dû mettre en œuvre des actes conservatoires exclus de son décret de compétences²³.

Classification CCMU

La Classification Clinique des Malades des Urgences classe selon 7 degrés les patients de l'urgence pré-hospitalière et de l'accueil aux urgences. Elle est déterminée par un médecin après un examen, un interrogatoire et, éventuellement, un ECG, une glycémie capillaire, une bandelette urinaire et une micro-hématocrite.

CCMU P : Malade présentant une pathologie psychiatrique ou psychologique dominant toute pathologie somatique instable

CCMU 1 : Etat fonctionnel et/ou pronostic stable ; sans acte diagnostic ou thérapeutique complémentaire à réaliser.

CCMU 2 : Etat fonctionnel et/ou pronostic stable. Acte diagnostic ou thérapeutique complémentaire à réaliser.

CCMU 3 : Etat fonctionnel et/ou pronostic susceptible de s'aggraver sans mise en jeu du pronostic vital.

CCMU 4 : Situation pathologique engageant le pronostic vital. Pas de manœuvre de réanimation immédiate.

CCMU 5 : Situation pathologique engageant le pronostic vital. Manœuvres de réanimation immédiate.

CCMU D : Patient décédé

²³ Comme nous le verrons plus loin, selon certains juristes la mise en œuvre d'actes conservatoires n'autorise pas l'infirmier à dépasser son champ de compétences. On constate, ici, une interprétation différente des textes de lois.

L'analyse des transports secondaires montre également que :

- ✚ Les pathologies dominantes sont les syndromes coronariens aigus, les angors et les infarctus du myocarde,

- ✚ Trois quarts des transports concernent des patients CCMU < 3,

L'analyse spécifique des départs primaires établit que :

- ✚ Les motifs d'un départ primaire sont dominés par la pathologie cardio-vasculaire, essentiellement la douleur thoracique, et les dyspnées

- ✚ En 2003, le SAMU 83 a davantage répondu à des appels concernant des patients CCMU 2 grâce à la disponibilité d'un moyen paramédicalisé

- ✚ **Trois quarts des interventions paramédicalisées concernent des patients classés CCMU 1 à 3.** Il faut noter que 50 % des interventions médicalisées concernent un patient classé CCMU 4 ou 5

- ✚ **Les moyens paramédicalisés sont envoyés sur des interventions CCMU > 3 dans 4 % des cas,** soit 63 interventions. Ce chiffre (63 interventions) représente pratiquement 20 % des interventions primaires des infirmiers (63/334). Une équipe médicale était disponible au même instant.

Il faut noter que l'infirmier intervient également par moyens hélicoptés pour réaliser des transports secondaires et primaires. Il semble que l'envoi d'un infirmier seul soit bien accepté par les requérants et les autres acteurs des secours.

Le rapport de l'étude conclut que la paramédicalisation représente une réponse graduée permettant la prise en charge des patients classés CCMU 1 à 3. Ceci afin de concentrer les moyens médicalisés sur des patients CCMU 4 et 5.

Cette nouvelle stratégie de réponses aux appels au CRRA nécessite encore un apprentissage afin d'éviter l'envoi d'infirmiers seuls auprès de patients CCMU 4 ou 5.

Le SAMU 83 conclue que la paramédicalisation :

- ✚ N'est pas le remplacement d'un médecin par un infirmier,
- ✚ Ne peut se concevoir sans une régulation forte,
- ✚ Doit compléter les vecteurs médicalisés et être intégrée dans une démarche de réponse graduée à l'urgence.

Le SAMU 83 établit également que « *En résumé, il semble difficile de pouvoir faire assurer plus du tiers des interventions d'un S.M.U.R. par du personnel I.D.E. limitant ses actes à son décret de compétences²⁴...* »

LE SMUR NECKER - SAMU 75

Le SMUR Necker est le siège du SAMU 75. Dans ses activités quotidiennes, les UMH²⁵ sont systématiquement armées par des IADE. Le SMUR Necker réalise 9000 sorties par an, dont 3500 transports secondaires. En fait, le SMUR Necker réalise la quasi-totalité des transports secondaires de Paris *intra-muros*.



C'est à la suite de la **circulaire 195/DHOS/01/2003** que le SMUR Necker, sous la direction du Professeur Carli, a fait une étude de faisabilité de « **Transports Inter-hospitaliers Infirmiers Sécurisés** » (T.I.I.S.).

Cette étude a été menée pendant deux mois par cinq IADE. Ceux – ci disposaient de trois protocoles nommés « **procédures d'alerte** ».

L'équipe d'un T.I.I.S. était composée de trois personnes : un conducteur, une IADE et un aide-soignant. Les IADE n'ont pas suivi de formation supplémentaire pour réaliser ces T.I.I.S.

²⁴ <http://samu83.free.fr/texte%2042.htm>

²⁵ Unités Mobiles Hospitalières

Seuls certains patients étaient transportés par T.I.I.S. pendant cette phase d'essai :

- ✚ Patient coronarien stable, transféré pour une coronarographie +/- angioplastie, ou pour pontage coronarien,
- ✚ Patient transporté en vue d'une pose de Pace maker définitif (patient stable, avec un Pace maker externe sur une sonde d'entraînement, et sans perfusion d'Isuprel),
- ✚ Patient intubé-ventilé, ayant une hémodynamique stable sans catécholamine, et aucun problème de ventilation,
- ✚ Transfert in utero d'une patiente stable vers une maternité de niveau supérieur.

Le choix des patients est laissé à l'entière appréciation du médecin régulateur du SAMU, qui seul prendra la décision du mode de transport.

Les services demandeurs et receveurs donnaient leur accord pour un transport non médicalisé. Celui-ci était réalisé par une ambulance du SMUR équipée de façon standard.

Un contact permanent entre le médecin régulateur et l'équipe permettait des adaptations mineures de la thérapeutique.

L'équipe du SMUR Necker a créé une feuille de transport et de surveillance spécifique à ces T.I.I.S. Cette phase de faisabilité a été évaluée par un recueil des données pendant les transports, par le recueil des éventuels incidents et des renforts médicaux et par le recueil de la satisfaction des utilisateurs (régulateur, équipe transport, service demandeur et receveur).

Dernière minute :

Au cours de l'été 2004, le SMUR Necker devrait voir ses effectifs paramédicaux enrichis d'infirmiers diplômés d'Etat et la composition des équipes devrait être mitigée IADE / IDE sans que l'on sache actuellement dans quelles proportions. Quelle sera alors l'organisation des T.I.I.S ?

Au cours de l'étude, les T.I.I.S. ont inclus 56 patients en 46 jours :

✚ **14 % des patients étaient ventilés,**

✚ 14 % avaient un drainage thoracique,

✚ **22 % des transports ont nécessité un renfort par une équipe médicale,** ces renforts ont systématiquement répondu à une inadéquation entre le bilan ayant motivé le transport et l'état réel du patient à l'arrivée de l'équipe du T.I.I.S.,

✚ **Deux T.I.I.S. (3,5 %) ont été perturbés par des incidents mineurs,** sans qu'un renfort ne soit nécessaire.

A propos des transports :

✚ Dans 60 % des cas, la destination était un service de réanimation ou de soins intensifs,

✚ 82 % des transports avaient lieu d'un hôpital public à un autre hôpital public.

Si les moyens en personnel sont suffisants, ces T.I.I.S. devraient passer du stade d'expérimentation à celui d'application quotidienne. L'ensemble des IADE du D.A.R²⁶. devrait alors y participer.

Actuellement, la proportion de transports secondaires réalisables sans médecin est évaluée à 30 % des transports secondaires actuels – soit 1200 T.I.I.S par an. Néanmoins, on peut penser que ce nombre de transports secondaires sans médecin augmentera inévitablement car la diversification des possibilités de transfert entraînera probablement une hausse de la demande de transferts sous la responsabilité du SAMU.

²⁶ Département d'Anesthésie et de Réanimation

LA VL PARAMEDICALISEE DES TROIS FRONTIERES – SAMU 68

La paramédicalisation du véhicule léger « des trois frontières » remonte au mois de juillet 2000. Ce choix délibéré de la direction du SAMU 68 correspond au SROS²⁷. En effet, après avoir étudié les nécessités en moyens de secours sur le secteur des « trois frontières » il a été décidé de disposer d'un vecteur paramédicalisé. Cette décision a été prise en accord avec l'ARH, la Préfecture, la DASS²⁸, le SDIS²⁹, la CODAMU³⁰, les directeurs d'hôpitaux et le conseil départemental de l'ordre des médecins.

Cette expérience a débuté le 3 janvier 2001. Des protocoles de régulation ont été établis afin de régler les conditions de paramédicalisation. Les infirmiers ont été dotés d'un véhicule dont l'équipement est le même qu'un moyen médicalisé auquel ont été rajoutés des moyens de télétransmission. Il faut noter que le vecteur



paramédicalisé est également utilisé pour permettre une assistance matérielle et technique aux médecins libéraux, les interventions sont, alors, médicalisées.

A l'issue de trois ans d'expérience, il apparaît que :

- ✚ 2725 patients ont été pris en charge, dont 2706 primaires et 19 secondaires,
- ✚ 11 % des interventions sont effectués à la demande de médecins libéraux, donc médicalisées,
- ✚ La majorité des interventions concernent la traumatologie,
- ✚ 26 % des interventions ont nécessité un renfort médical qui est, 6 fois sur 10, décidé dès la réception de l'appel,
- ✚ 76 % des patients sont classés CCMU 2 ou 3,

²⁷ Schéma Régional d'Organisation Sanitaire. Il a pour objet l'adaptation du système hospitalier aux besoins de la population.

²⁸ Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales

²⁹ Service Départemental d'Incendie et de Secours

³⁰ Comité Départemental d'Aide Médicale Urgente et des transports sanitaires

L'INFIRMIER ANESTHESISTE EN PRE – HOSPITALIER SANS MEDECIN

Situation actuelle et perspectives d'avenir

- ✚ 10 % des patients sont classés CCMU 4 ou 5. Pour ces interventions, le renfort médical d'emblée est quasi-systématique,
- ✚ 9 % des interventions ne permettent pas l'application des protocoles,
- ✚ La paramédicalisation recueille un indice de satisfaction de 97 % parmi les partenaires de l'aide médicale urgente.

Selon le SAMU 68, la paramédicalisation nécessite :

- ✚ Une régulation forte,
- ✚ Un personnel infirmier strictement sélectionné et rigoureusement formé.

Dès la mise en place de ce nouveau vecteur, le SAMU 68 avait décidé que le personnel infirmier serait volontaire, sélectionné, formé et évalué. Sa formation comprend un diplôme universitaire de « *soins infirmiers en médecine d'urgence* », le PHTLS³¹, une formation sur les protocoles, des mises en situation et des stages complémentaires au bloc opératoire et en réanimation néonatale.

LE SSSM 77 - SDIS 77

Le Service de Santé et de Secours Médical de Seine-et-Marne (SSSM 77) a longtemps été un précurseur dans l'utilisation des infirmiers comme les « fers de lance » de sa stratégie opérationnelle en matière de secours à personnes.

Ainsi, il a été l'un des premiers départements français à doter ses infirmiers de protocoles. Actuellement, cette protocolisation du « secours à personnes » semble avoir atteint une certaine « vitesse de croisière » et le SSSM 77 continue de développer les différents aspects du rôle des ISP. Le SSSM 77 compte huit ISP professionnels et une centaine ISP volontaires.



³¹ Pre Hospital Trauma Life Support. Voir pages 37 à 38.

Ces ISP disposent de **13 protocoles**. Depuis 2001, les ISP protocolés utilisent des véhicules légers leur permettant d'intervenir en renfort de moyens de prompt secours engagés.

Dès leur intégration, et avant d'obtenir l'agrément nécessaire pour prendre des gardes, les ISP suivent un cursus strict. Celui-ci comporte 235 heures de formation dont 164 heures consacrées à l'activité opérationnelle et aux protocoles. L'infirmier stagiaire est formé, puis évalué en théorie et en pratique. A l'issue de sa formation, il est validé par un examen sur le terrain, au cours d'une garde opérationnelle de 12 heures. Cette validation est accordée pour un an. L'ISP est réévalué plusieurs fois par an.

L'IADE sapeur-pompier :

Les SSSM font peu de communication ou de publication. Il est donc difficile de connaître leur habitudes de travail. Une carte incomplète de France a pu être établie en ce qui concerne la possibilité pour un ISP IADE de disposer d'un protocole pour l'intubation.

Sur 42 départements interrogés :

- 17 SSSM autorisent l'ISP IADE à intuber
- 13 SSSM ne disposent d'aucun IADE
- 4 SSSM refusent d'autoriser l'IOT
- 8 n'ont pas pu répondre ou n'ont ni IADE, ni IDE.

Actuellement, dans une perspective de démarche qualité, le SSSM se dote d'outils d'évaluation afin de permettre une analyse de l'activité des infirmiers sapeurs-pompiers. Il est prématuré d'en extraire des informations exploitables.

LES AUTRES EXPERIENCES DE TRANSPORTS SANS MEDECIN

Comme nous le présagions, les trois SMUR cités ici ne sont pas les seuls à effectuer des transports sans médecin. D'autres SMUR admettent en réaliser de façon moins officielle. Alors que nous avons décidé de n'étudier que les expériences suivies d'études, nous avons découvert au cours du congrès Urgence 2004 que les SMUR de Lille et d'Amiens affichaient clairement leurs expériences dans le domaine. Nous aurions volontiers étudié la place de l'IADE dans ces expériences de paramédicalisation si nous en avions eu connaissance auparavant.

Nous sommes également entrés en contact avec des infirmiers anesthésistes qui pratiquent la paramédicalisation depuis de nombreuses années. Bien que certains d'entre eux ne se « cachent » plus, leur expérience nous semblait trop éloignée du cadre de

L'INFIRMIER ANESTHESISTE EN PRE - HOSPITALIER SANS MEDECIN

Situation actuelle et perspectives d'avenir

l'expérimentation qui nous intéresse. C'est notamment le cas du SMUR Thionville (SAMU 57).

L'ETUDE DE BRUNO GARRIGUE

Il n'est pas envisageable, au printemps 2004, de travailler sur les transports paramédicalisés sans présenter le travail de Bruno Garrigue. De part son étude auprès des personnels des SAMU/SMUR, il est possible d'avoir une idée sur ce qui se fait ou ce qui s'est fait, de façon informelle et non-officielle. C'est actuellement la seule étude nationale sur ce sujet. C'est également une excellente évaluation des compétences des infirmiers (IDE et IADE) dans leur activité en SMUR et tout particulièrement en regard d'une éventuelle paramédicalisation. Nous reviendrons d'ailleurs sur cette notion de compétences.

L'étude a été menée par l'envoi d'un questionnaire à l'ensemble des SMUR de France ; le taux de participation a approché les 60 % et la population ciblée était très représentative de la multiplicité des intervenants de l'aide médicale urgente.

Nous ne retiendrons que les éléments qui intéressent notre travail :

- ✚ Les IADE de SMUR ont une diversité de champ d'exercice supérieure aux IDE,
- ✚ **22,9 % des personnels interrogés ont déjà effectué des interventions sans médecin.** Ce chiffre augmente à 38,6 % pour les réponses des IADE et à 22 % pour les IDE,
- ✚ Les IADE effectuent plus souvent des transports secondaires sans médecin et les IDE font davantage d'interventions primaires,
- ✚ En dehors des nécessités d'organisation (renfort rapide, contact permanent avec le SAMU, etc.), le personnel susceptible de pratiquer des transports secondaires sans médecins souhaite disposer de protocoles dans 80 % des cas et dans 37 % souhaitent une validation individuelle,
- ✚ Afin d'améliorer les conditions de sécurité, les personnes interrogées demandent prioritairement une évolution des textes juridiques ; mais également une formation initiale, une formation continue, la présence d'un IADE et l'implication de l'encadrement,

L'INFIRMIER ANESTHESISTE EN PRE - HOSPITALIER SANS MEDECIN

Situation actuelle et perspectives d'avenir

✚ Les compétences des IADE permettent de prendre en charge une plus grande variété de pathologie que celle de l'IDE,

✚ 47 % des IADE pensent que leur formation est suffisante pour réaliser des transports secondaires, sans médecin. 35 % d'entre eux pensent qu'elle est insuffisante. Ces chiffres sont respectivement de 7 % et 73 % pour la population des IDE,

✚ Tout le monde souhaite être mieux formé à la néonatalogie,

✚ Les IDE désirent plus de formation dans les domaines de l'anesthésie : sédation, intubation, ...

✚ Quasiment 30 % des infirmiers, spécialisés ou non, réclament des formations initiales ou continues aux gestes d'urgence. 6 % souhaitent voir ou revoir la législation.

Bruno Garrigue note une plus grande absence de réponse lorsque l'on étudie les interventions primaires. Nous retrouvons ici la difficulté d'étudier des pratiques qui ne correspondent pas aux recommandations des sociétés savantes.

En définitive, l'étude démontre qu'il existe une réelle préoccupation des professionnels vis-à-vis du respect des textes législatifs et qu'une clarification de ceux-ci est souhaitable.

Selon les critères établis dans ce travail, l'IADE semble plus compétent que l'IDE pour prendre en charge des transports inter-hospitaliers sans médecin. C'est d'ailleurs celui-ci qui est nommé prioritairement par les médecins pour assurer seul un transport.

Les IADE et les IDE n'évoquent jamais d'évaluation de la qualité de prise en charge après une éventuelle paramédicalisation.

La paramédicalisation des transferts inter-hospitaliers est souhaitable (81 % des médecins interrogés estiment que leur présence n'est pas toujours nécessaire). Elle est d'ailleurs largement répandue et reste un sujet tabou.

CADRE LEGISLATIF

Il est primordial de prendre en compte les aspects réglementaires de la médecine d'urgence et d'en apprécier l'application et les limites dans le domaine du secours que nous étudions.

Envisager la place de l'infirmier anesthésiste diplômé d'Etat, en pré-hospitalier, nous renvoie à deux disciplines médicales distinctes : l'urgence pré-hospitalière et l'anesthésie.

Nous allons répertorier les différents textes régissant l'aide médicale urgente et les recommandations des sociétés savantes ; nous aborderons la législation propre aux IDE, aux IADE et aux infirmiers de sapeurs-pompiers. Enfin, nous présenterons les formations théorique et pratique des IDE, des IADE et les formations actuelles aux gestes d'urgence. Enfin, nous aborderons la notion de compétences.



L'AIDE MEDICALE URGENTE

La loi **86-11 du 6 janvier 1986** relative à l'aide médicale urgente et aux transports sanitaires, la loi **87-565 du 22 juillet 1987** relative à l'organisation de la sécurité civile, à la protection de la forêt contre l'incendie et à la prévention des risques majeurs et la loi **87-1005 du 16 décembre 1987** relatif aux missions et à l'organisation des unités participant au service d'aide médicale urgente appelées S.A.M.U. réglementent l'organisation de l'aide médicale urgente et des transports sanitaires. Elles précisent leurs missions et l'organisation des unités qui y participent. Elles ont été suivies par des décrets et des circulaires d'application afin de préciser certains points. Rappelons ici l'**article D 712-71 du décret 97 – 620 du 30 mai 1997 relatif aux conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les établissements de santé pour être autorisés à mettre en œuvre des services mobiles d'urgence et de réanimation**, qui établit que « *l'équipe comprend au minimum deux personnes dont le médecin. Pour les interventions nécessitant des techniques de réanimation, l'équipe est composée de trois personnes dont un médecin et un infirmier.* »

L'INFIRMIER ANESTHESISTE EN PRE – HOSPITALIER SANS MEDECIN

Situation actuelle et perspectives d'avenir

Sur le plan législatif, la parution de la **circulaire DHOS 01/2003 du 16 avril 2003** est un véritable tournant. **Le point 2.2 relatif à une réflexion sur la place des infirmiers en transports sanitaires** stipule : « *Dans le cadre d'un comité de pilotage national, une réflexion sur la place des infirmiers dans les transports sanitaires va être engagée. Ce comité définira un cahier des charges précis pour les expérimentations qui pourraient être lancées par les ARH et les établissements de santé sur la mise en place de transports paramédicalisés. Ces véhicules pourraient en effet assurer des transports qui, après régulation par le SAMU, nécessiteraient des qualifications supérieures à un ambulancier sans pour autant nécessiter un SMUR.* »

Au vu des textes existants et des recommandations des sociétés savantes – décrites ci après – cette circulaire offre de nouvelles perspectives et on se doit de noter qu'il s'agit d'un « *comité de réflexion qui doit prévoir des expérimentations qui pourraient être mises en place.* » Actuellement, ces expérimentations se sont limitées à des transports inter-hospitaliers.

La Société Française d'Anesthésie et de Réanimation - SFAR

Bien que les transferts intra-hospitaliers, au sein même de l'hôpital, ne concernent pas notre sujet, il peut être intéressant d'évoquer la recommandation de la SFAR de **février 1994**. Il y apparaît que l'infirmier ne fait pas systématiquement partie de l'équipe de transport. Celle – ci est composée de deux brancardiers et d'un médecin. En outre, « *si l'état du patient l'autorise, le patient peut être confié de préférence à un IADE ou une IDE. A condition qu'un médecin puisse intervenir à tout moment.* »



Il est important de noter que dans la précédente recommandation concernant ces transferts (**décembre 1992**), la possibilité de paramédicalisation n'était pas évoquée et que la présence d'un « **auxiliaire médical** » était envisagée .

En janvier 1995, la SFAR établit des recommandations pour l'exercice de l'IADE et précise dans le chapitre consacré au SMUR : « *Du fait de sa connaissance et de sa pratique des gestes d'urgence ou de survie, l'IADE est le collaborateur idéal du médecin dans la prise en charge des patients en état grave et de leur transport intra ou extrahospitalier. En*

L'INFIRMIER ANESTHESISTE EN PRE – HOSPITALIER SANS MEDECIN

Situation actuelle et perspectives d'avenir

revanche, la présence d'un IADE ne dispense en aucune manière de celle d'un médecin, en particulier d'un médecin anesthésiste-réanimateur si une anesthésie est nécessaire. »

Pour l'exercice pré-hospitalier, la SFAR n'envisage la pratique pré-hospitalière qu'en regard du **décret 97 – 620 du 30 mai 1997**. Ainsi, dans sa recommandation de **novembre 2001** « *concernant les modalités de la prise en charge médicalisée pré-hospitalière des patients en état grave* », elle n'envisage que l'emploi d'un SMUR, donc d'un médecin. Dans l'article relatif aux personnels nécessaires, la participation de l'IADE pour la prise en charge d'un patient dans un état grave n'est pas évoquée. Le terme « infirmier » est utilisé.

La Société Francophone de Médecine d'Urgence – SFMU

La SFMU s'associe à la SFAR pour les recommandations propres à l'exercice pré-hospitalier. Les recommandations décrites auparavant sont établies par des conférences d'experts composées de membres des deux sociétés savantes.



Le Syndicat National des Infirmiers Anesthésistes – SNIA



Dans ses recommandations pour l'exercice de la profession d'infirmier anesthésiste de **mai 2002**, le SNIA s'exprime sur le rôle de celui-ci en SMUR : « *il accomplit, sous la responsabilité du médecin...* ». Bien que la présence physique du médecin ne soit pas clairement précisée, il semble que le SNIA n'envisage pas l'application des compétences de l'IADE en pré-hospitalier sans médecin.

Par ailleurs, le SNIA rappelle que l'IADE travaille sous la responsabilité d'un « *médecin anesthésiste et qu'il ne saurait anesthésier sous la pression de tout autre médecin* ». Cela montre la préoccupation du SNIA – en qualité de syndicat professionnel – d'établir des recommandations dans le cadre de l'anesthésie liée à une activité chirurgicale et non dans le domaine pré-hospitalier. Les conditions d'exercice visées par le SNIA sont en rapport avec l'activité quotidienne de la majorité des IADE, les pratiques que nous étudions ici ne sont pas envisagées.

L'INFIRMIER ANESTHESISTE EN PRE – HOSPITALIER SANS MEDECIN

Situation actuelle et perspectives d'avenir

Le Samu de France

Au mois de **février 2003**, une argumentation du Professeur Carli contre « *le remplacement des médecins des SMUR par des infirmiers* » est mise en ligne sur le site Internet de Samu de France. Elle sera publiée dans la revue de Samu de France en **septembre 2003**³².



Dans un communiqué du **9 avril 2003**, le syndicat Samu de France « *observe avec inquiétude les dérives mises en œuvre dans le Var par le SAMU ... Les Services Mobiles d'Urgence et de Réanimation sont par définition médicalisés par des médecins. ... Ils répondent à des obligations réglementaires fixées par décret. Une équipe SMUR comporte obligatoirement un médecin. La paramédicalisation d'unité SMUR ne peut donc pas prétendre légalement à cette labellisation ... Le Samu de France ne peut que remarquer qu'il s'agit clairement d'une faille dont la qualité de la prise en charge des patients en urgence et donc de leur sécurité sur l'autel d'une réduction du temps de travail médical mal préparée.* »

A la **fin du mois de novembre** de la même année, lors des Journées Européennes de Médecine d'Urgence (JEMU) de Beaune, le Professeur Adnet³³ met en garde ses confrères de Mulhouse et de Toulon ; la loi Huriet³⁴ lui servant à argumenter l'illégalité de la paramédicalisation³⁵.

Au 1^{er} janvier 2004, le Professeur Adnet signe une recommandation du SAMU de France (annexe III) qui établit les règles d'organisation des transports inter-hospitaliers infirmiers (T.I.I.H.). Cette recommandation comporte plusieurs points :

-  Rationnel de la mise en place des T.I.I.H.
-  Indications des T.I.I.H,
-  Modalités pratiques,
-  Formation spécifique de l'infirmier,
-  Evaluation – expérimentation.

³² P. Carli – « Non aux paramedics » – La revue des Samu, 297-299, Septembre 2003

³³ Président du Comité Scientifique de Samu de France

³⁴ Loi du 20 décembre 1988 modifiée sur la protection des personnes qui se prêtent aux recherches biomédicales

³⁵ Med.. Lt. Col. Jean-Claude Deslandes – 3SM-mag – Décembre 2003, p.8

LA REGLEMENTATION DE LA PROFESSION D'INFIRMIER

L'infirmier diplômé d'Etat

Le **décret de compétences du 11 février 2002**, relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier, représente la base essentielle de la réglementation sur les compétences de l'infirmier diplômé d'Etat. Seuls les extraits importants pour l'exercice sans présence médicale seront retenus ici.

L'article 5 : De son rôle propre, l'infirmier est autorisé à « *recueillir des observations de toute nature susceptibles de concourir à la connaissance de l'état de santé... recueillir des données biologiques obtenues par des techniques à lecture instantanée... surveiller les fonctions vitales et maintien de ces fonctions par des moyens non invasifs...utiliser un défibrillateur semi-automatique... surveiller les cathéters, sondes et drains.* »

L'article 6 énumère les actes autorisés sur prescriptions écrites, datées et signées par le médecin, sans que celui-ci soit présent. Nous notons que ces conditions sont peu réalisables en situation d'urgence. Ainsi, la présence d'un médecin n'est pas nécessaire pour « *la mise en place et ablation d'un cathéter court ou d'une aiguille pour perfusion dans une veine superficielle des membres...l'administration en aérosols et pulvérisations de produits médicamenteux... l'enregistrement simple d'électrocardiogrammes... les prélèvements de sang par ponction veineuse, capillaire ou artérielle.* »

Cet article présente également un point important : en effet, l'infirmier diplômé d'Etat peut effectuer, sans la présence d'un médecin, les « *soins et surveillance des personnes lors des transports sanitaires programmés entre établissements de soins.* »

L'article 9 stipule que « *l'infirmier participe à la mise en œuvre par le médecin aux transports sanitaires urgents entre établissements de soins et aux transports sanitaires médicalisés du lieu de la détresse vers un établissement de soins effectués dans le cadre d'un service mobile d'urgence et de réanimation* ». Il faut bien noter que le terme « *médicalisés* » est spécifié pour décrire les interventions « *primaires* » mais n'apparaît pas explicitement dans les transports urgents entre établissements.

L'INFIRMIER ANESTHESISTE EN PRE – HOSPITALIER SANS MEDECIN

Situation actuelle et perspectives d'avenir

L'article 13 portant sur le rôle infirmier en situation d'urgence n'est pas réservé à l'infirmier travaillant sur protocoles. Le décret incite l'infirmier à se munir de protocoles afin d'effectuer des soins « sur prescriptions » en l'absence d'un médecin. Hors protocoles, l'infirmier est habilité à exercer uniquement son rôle propre, même en cas de situations relevant de l'urgence. La réalisation d'actes conservatoires n'autorise pas l'infirmier à dépasser son champ de compétences³⁶.

A la lecture du **décret du 11 février 2002**, il apparaît que celui-ci s'applique difficilement à l'urgence pré-hospitalière. Il n'intègre pas la nécessité d'initiative et d'autonomie que requièrent les situations d'urgence vitale. Ce décret n'envisage pas non plus l'application de protocoles dans les conditions de l'activité pré-hospitalière. Il introduit uniquement la notion de protocoles au sein des services hospitaliers.

L'article 9 du décret de compétence relatif à la pratique pré-hospitalière n'envisage le rôle de l'infirmier que dans le cadre d'un SMUR. Or, le terme « SMUR » répond à des critères bien définis, dont la présence d'un médecin³⁷ ; le décret de compétences n'envisage donc pas l'activité pré-hospitalière sans médecin.

Quant aux soins et à la surveillance hors présence d'un médecin, il s'agit des transports programmés ; donc ne rentrant *a priori* pas dans le cadre des SMUR. Il semble néanmoins qu'un transport secondaire, programmé à l'avance, puisse être effectué par un IDE seul ; ce que prévoit cet article. Mais le terme de SMUR ne s'applique plus.

En définitive, le décret de compétences ne prévoit pas l'envoi, au devant d'une urgence potentielle ou avérée, d'un infirmier muni de protocoles de soins.

³⁶ Nicolas Couëssurel « Principes de droit à destination des infirmiers » – www.urgence.com

³⁷ Décret 97 – 620 du 30 mai 1997

L' infirmier anesthésiste

L'article 10 du décret de compétences du 11 février 2002, concernant l'infirmier anesthésiste diplômé d'Etat indique que « *l'infirmier 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 à réaliser les actes suivants...* » et que « *les transports sanitaires visés à l'article 9 du présent décret sont réalisés en priorité par l'infirmier anesthésiste diplômé d'Etat.* »

L'infirmier anesthésiste est donc un acteur de choix dans l'urgence pré-hospitalière, mais il n'en a pas l'exclusivité. Selon l'article 10 ci-dessus, ses compétences en anesthésie ne peuvent s'exprimer qu'en présence d'un médecin anesthésiste.

En pratique, ce point semble sujet à discussion. En effet, la loi ne prévoit pas ce que la pratique impose. La raréfaction des médecins anesthésistes réanimateurs au sein des SMUR et leur remplacement par des médecins titulaires de la CAMU³⁸ n'ont pas été prévus par cet article. Lors **des deuxièmes assises nationales des infirmières anesthésistes**, le Docteur Pinaud³⁹ avait d'ailleurs été interpellé à ce sujet sans y donner de réponse.

L'activité pré-hospitalière, nécessitant des gestes d'anesthésie est-elle de l'anesthésie ? Notre travail n'a pas pour vocation de répondre à cette question.

L'utilisation des compétences en anesthésie dans le cadre des SMUR est une application des techniques d'anesthésie à la médecine d'urgence. Dès lors que la prise en charge d'une victime nécessite la mise en application de techniques d'anesthésie ou de réanimation, la présence des anesthésistes – médecins et infirmiers – semble incontournable. L'article 10 du présent décret ne s'appliquerait donc qu'à une activité « entre les murs ». Cet article n'écarte pas l'IADE de la pratique de la médecine d'urgence dans le cadre des SMUR. Il ne l'exclut pas non plus de la paramédicalisation.

Bien que le décret de compétences des infirmiers énumère très précisément les actes et les conditions d'exécution des soins pour les IDE, l'IADE ne dispose que d'un article

³⁸ Capacité d'Aide Médicale Urgente

³⁹ Président de la SFAR

supplémentaire, et ce alors même que celui-ci bénéficie de deux années de formation théorique et pratique en sus du diplôme d'Etat d'infirmier. Les articles concernant l'anesthésie inclus dans le décret de compétences de 2002 représentent davantage une **description des missions dont l'IADE a l'exclusivité** ou la prédilection plutôt qu'un réel décret de compétences. En fait, **le champ de compétences de l'IADE est défini par le programme de formation des écoles d'IADE**⁴⁰.

L'infirmier de sapeurs-pompiers

Les SDIS participent aux missions de secours d'urgence définies par l'article L 1424-2 du code général des collectivités territoriales et par l'article 2 de la loi du 6 janvier 1986 relative à l'organisation de l'aide médicale urgente et des transports sanitaires.

La loi du 3 mai 1996 relative aux services d'incendie et de secours stipule que les services départementaux d'incendie et de secours comprennent un service de santé et de secours médical.

Les missions des infirmiers de sapeurs-pompiers sont définies par l'article 24 du décret 97 – 1225 du 26 décembre 1997 relatif à l'organisation des services d'incendie et de secours en application de la loi de 1996.



Ces missions sont :

- ✚ La surveillance de la condition physique des sapeurs-pompiers,
- ✚ L'exercice de la médecine professionnelle et d'aptitude des sapeurs-pompiers,
- ✚ Le conseil en matière de médecine préventive, d'hygiène et de sécurité,
- ✚ Le soutien sanitaire des interventions des services d'incendie et de secours,
- ✚ Les soins d'urgence aux sapeurs-pompiers,
- ✚ La formation des sapeurs-pompiers au secours à personnes,
- ✚ La surveillance de l'état de l'équipement médico-secouriste du service,

⁴⁰ Arrêté du 17 janvier 2002 relatif à la formation conduisant au diplôme d'Etat d'infirmier anesthésiste

✚ La participation aux opérations effectuées par les services d'incendie et de secours impliquant des animaux ou concernant les chaînes alimentaires,

✚ La participation aux interventions des services d'incendie et de secours.

Dans le cadre du secours aux populations, la mise en place de protocoles pré-établis est prévue par la **circulaire DSC/10/DC/00356, art. 2.2.4.B du 6 juillet 2000** qui précise que *« l'infirmier de sapeurs-pompiers volontaire, dans le secours à personnes, pourra intervenir soit en binôme avec le médecin, soit en plus de l'équipage du VSAB⁴¹. Il sera autorisé par le médecin-chef à mettre en oeuvre des gestes techniques définis par protocole et il peut assurer la surveillance du transport. »*

Nous constatons que la participation aux secours d'urgence n'est pas une mission prioritaire des infirmiers de sapeurs-pompiers. Selon les départements et les priorités des SSSM, l'activité opérationnelle est plus ou moins développée. Dès lors qu'elle existe, cette activité opérationnelle peut se faire en binôme avec un médecin (on retrouve la configuration d'un SMUR) ou sans médecin (l'infirmier travaillant sur protocoles).

Validée par un D.I.U., la formation initiale des ISP est définie par **l'arrêté du 13 décembre 1999**. Celle-ci comprend un nombre défini de modules sur une durée totale de seize jours. Malgré une formation aux soins d'urgence durant cinq jours, la formation est essentiellement axée sur la santé publique et ne peut se prévaloir d'être une formation aux soins d'urgence. Elle ne prépare pas non plus à l'exercice pré-hospitalier sans médecin. Le déséquilibre entre les capacités de formation de l'ENSOSP⁴² et le budget formation des SSSM rend utopique l'idée de former, à court terme, les infirmiers de sapeurs-pompiers, qu'ils soient volontaires ou professionnels. Ainsi, certains départements mettent en place une formation propre afin de donner aux ISP les moyens de mener à bien leurs missions. D'un point de vue statutaire, aucune différence n'est faite entre l'IDE et l'IADE. Tous deux sont fonctionnaires de la collectivité territoriale de catégorie B. Leur activité opérationnelle est la même, des prérogatives supplémentaires peuvent être accordées à l'IADE, à la discrétion du médecin-chef du SSSM.

⁴¹ Véhicules de Secours aux Asphyxiés et aux Blessés

⁴² Ecole Nationale Supérieure des Officiers de Sapeurs-Pompiers

LA FORMATION DES INFIRMIERS

La formation au diplôme d'Etat d'infirmier

L'infirmier, à l'issue de sa formation à l'IFSI⁴³, aura suivi des cours théoriques, voire pratiques, dans les domaines de l'urgence et de la réanimation. Pour la partie théorique, il s'agit du module « urgences, réanimation et transfusion sanguine » d'une durée de 80 heures.

Pour la partie pratique, les étudiants en soins infirmiers n'ont pas l'obligation d'effectuer un stage dans une structure d'urgence ou de réanimation. Les gestes d'urgence doivent être enseignés à l'IFSI, mais cet enseignement est laissé à la discrétion des IFSI aussi bien dans sa forme que dans son contenu⁴⁴. La paramédicalisation et l'exercice sans médecin ne sont évidemment pas enseignés.

Les IFSI forment des IDE polyvalents. L'ensemble des acteurs de secours s'accorde à dire que l'IDE, sorti de l'institut, n'est pas prêt à travailler en pré-hospitalier⁴⁵. Néanmoins, afin d'apporter des connaissances théoriques et pratiques sur la médecine d'urgence, les directeurs d'IFSI peuvent proposer un module optionnel en deuxième ou troisième année⁴⁶.

La spécialisation en anesthésie

La formation à l'école d'IADE s'adresse à des IDE ayant déjà une expérience professionnelle minimale de deux ans et ayant réussi un concours d'entrée.

Elle est constituée de six modules dont un est consacré aux urgences hospitalières, aux urgences pré-hospitalières et aux situations de catastrophes. Le programme de formation de l'école d'IADE précise que le temps total de formation théorique est de 700 heures. L'IADE doit également effectuer un stage obligatoire au SMUR. A ce temps, il faut rajouter les travaux pratiques en atelier : intubation, intubation sous fibroscopie, pose de cathéters artériels, etc. On peut noter également la présence d'un module de réanimation, de pédiatrie et

⁴³ Institut de Formations aux Soins Infirmiers

⁴⁴ Arrêté du 23 mars 1992 relatif au programme des études conduisant au diplôme d'Etat d'infirmier anesthésiste

⁴⁵ C.Italiano, S. Berenbadh, E. Nicaud, E. Gete, J.M. Haegy, Infirmiers et SMUR résultats d'une enquête nationale – Revue des SAMU, 1998, 249-252

⁴⁶ Pascal Schulze - « Urgences et réanimation pré-hospitalières - projet de module optionnel », Travail de Fin d'Etudes, IFSI Melun 1998

d'obstétrique et des stages obligatoires en pédiatrie, en maternité et en ORL (qui permet l'apprentissage de l'intubation difficile).

Le décret infirmier détermine les actes infirmiers autorisés. Pour l'IADE, c'est le décret de formation qui stipule les actes autorisés⁴⁷.

Ainsi, l'IADE est autorisé à réaliser tous les actes enseignés en cours théorie et en atelier pratique. Par exemple, la pose de cathéters artériels et l'intubation sous fibroscopie, non mentionnées dans le décret du 11 février 2002, sont des actes autorisés aux IADE.

Bien que sa formation apporte à l'IADE une certaine indépendance et un esprit d'initiative, celle-ci s'applique exclusivement au bloc opératoire. En effet, si la présence du médecin n'est pas obligatoire dans le cadre d'une anesthésie générale, elle l'est pour une activité pré-hospitalière. L'IADE est donc « techniquement » émancipé, mais sa formation ne semble pas le préparer à une activité pré-hospitalière « en solo ».

Les formations en soins d'urgence

Les formations supplémentaires pour les infirmiers sont extrêmement nombreuses quels que soient le domaine ou la spécialité concernés. Le domaine de l'urgence ne fait pas exception : formations CESU⁴⁸, diplômes universitaires, diplômes inter-universitaires, formations post-universitaires, formations locales, etc. Néanmoins, il n'existe pas de formations diplômantes reconnues sur le plan national. Deux formations méritent d'être présentées ici : « **l'Apprentissage des Techniques Médicales d'Urgences** » et le « **Pre-Hospital Trauma Life Support** ». Ce sont des enseignements aux gestes d'urgence ayant une portée nationale voire internationale.

Apprentissage des Techniques Médicales d'Urgences - ATMU

Créée initialement pour le Service de Santé des Armées, l'ATMU est une formation dont la pédagogie est essentiellement basée sur des ateliers pratiques. Elle permet d'optimiser les connaissances théoriques afin de guider la conduite pratique face à une urgence vitale. Cette formation s'adapte à chaque groupe de participants et les intervenants adaptent le

⁴⁷ Cf. Page 33

⁴⁸ Centre d'Enseignement aux Soins d'Urgence

contenu de la formation en fonction des objectifs souhaités. Ils peuvent tout autant former un groupe d'infirmiers travaillant sur protocoles que des infirmiers hospitaliers peu rompus à la l'urgence. La pédagogie est basée sur le fait que les candidats ont déjà des connaissances théoriques, la formation ATMU va leur permettre d'utiliser au mieux ces connaissances pour réaliser des gestes pratiques. La prise en charge des victimes se fonde sur le respect d'un schéma opératoire qui débute par le bilan de la victime et se poursuit sur des conduites adaptées à la symptomatologie. Elle engage le candidat à la réflexion plutôt qu'au respect d'un algorithme décisionnel coercitif.

Elle est organisée sur trois jours « intensifs ». La première demi-journée est consacrée à l'enseignement théorique et les cinq autres demi-journées sont intégralement consacrées à des ateliers pratiques individuels ou collectifs. Il faut noter que les formations ATMU disposent de nombreux matériels pédagogiques très performants.

La formation ATMU « médecin » est désormais reconnue comme une formation aux gestes d'urgences pour le personnel médical. La version « infirmier » reste, à ce jour, peu connue.

Pre-Hospital Trauma Life Support -PHTLS

Le PHTLS est une formation d'origine nord-américaine, relative à la prise en charge des patients traumatisés en milieu pré-hospitalier. Cette formation qui est la version pré-hospitalière du cours ATLS⁴⁹ a été créée en 1981 par NAEMT⁵⁰, en association avec le collège américain des chirurgiens.



L'objectif du PHTLS est d'améliorer la prise en charge des patients traumatisés graves grâce à :

-  Une analyse rapide et systématique de la situation,
-  Une prise en charge optimisée,
-  Un transport précoce vers un plateau technique disposant des ressources nécessaires

à la prise en charge des patients polytraumatisés.

⁴⁹Advanced Trauma Life Support

⁵⁰National Association of Emergency Medical Technicians

La formation repose sur une approche pragmatique de la prise en charge des traumatisés sur le principe du « **treat first what kill first** » - *traiter en premier ce qui tue en premier*. Le principe de base consistant à dire que face à un patient traumatisé « critique », chaque minute passée sur le terrain doit pouvoir être justifiée en terme de bénéfices pour le devenir du patient. C'est de cette philosophie qu'émerge notamment le fameux concept d'« **heure d'or** ».

La formation PHTLS permet aux candidats d'apprendre à analyser l'état d'une victime dans des délais très courts, notamment par l'étude de la cinétique et la mise en œuvre systématique d'un examen clinique standardisé. Le candidat apprend à organiser sa prise en charge en ne faisant que les gestes nécessaires, et à éviter tous les actes « non immédiatement utiles ». En effet, selon la philosophie du PHTLS, tout « acte non immédiatement utiles » au patient fait perdre du temps, donc de l'hémoglobine, à ce dernier. Face à un patient polytraumatisé, les seuls gestes réalisés « sur le terrain » sont ceux reconnus comme influant positivement sur la mortalité et la morbidité des patients traumatisés (sécurisation des voies aériennes, support de la fonction respiratoire, maîtrise des hémorragies, stabilisation du rachis...). Cette formation permet aux personnels de santé d'améliorer leur prise en charge d'un blessé grave.

Elle est destinée à tous les intervenants : sapeurs-pompiers, ambulanciers, IDE, IADE, cadres de santé, médecins, chirurgiens, etc. Elle ne forme pas au travail « en solo » avec ou sans protocoles, mais au travail en équipe, dans le but de potentialiser les connaissances de chacun, dans l'intérêt du patient.

Cette formation ne s'applique pas à l'exercice infirmier sans protocoles. Les prises en charge dans le cadre du PHTLS sont d'ailleurs organisées pour des équipes de deux sauveteurs. Cela n'exclut pas qu'un intervenant améliore sa prise en charge individuelle et que des infirmiers protocolés voient dans la formation au PHTLS une formation enrichissante.

La notion de compétences

Champ de compétences

Afin de clore ce chapitre sur la formation des infirmiers, il est indispensable de rappeler la notion de compétences, bien que celle-ci soit extrêmement complexe. Elle mériterait une exploration minutieuse et notre travail ne s'applique pas à étudier précisément les compétences des infirmiers.

Nous retiendrons quelques données essentielles :

- ✚ L'autonomie et l'indépendance nécessaires à l'exercice sans médecin ne sont pas enseignées dans les formations initiales des IDE et des IADE
- ✚ Les schémas opératoires de prise en charge d'un patient sont différents que l'on soit au bloc opératoire ou en pré-hospitalier, seul ou accompagné d'un médecin
- ✚ La paramédicalisation est un élargissement du champ de compétences de l'infirmier
- ✚ L'extension du champ de compétences de l'infirmier impose une formation.

Sur ce dernier point, les spécialisations en puériculture, en bloc opératoire ou en anesthésie en sont le meilleur reflet. On peut néanmoins trouver d'autres formations qui entraînent une modification du champ de compétences de l'infirmier sans être des spécialisations.

Plusieurs exemples illustrent notre propos :

- ✚ La création de la fonction d'**Infirmière d'Organisation et d'Accueil (IOA)** a été très largement encadrée par la SFMU. La définition du champ d'exercice de l'IOA a abouti à une recommandation forte en faveur d'une formation spécifique⁵¹. Le contenu de cette formation est établi par la société savante en fonction des nouvelles compétences de l'IOA : tri, orientation, etc. Sans être une spécialité, l'exercice de l'IOA ne pouvait se faire qu'après une formation.

⁵¹ Référentiel IOA, SFMU, avril 2004

✚ L'arrêté du 13 décembre 1999 portant sur la formation des **infirmiers de sapeurs-pompiers** est tout autant justifié. L'exercice infirmier au sein des sapeurs-pompiers est un élargissement du champ de compétences : visite médicale d'aptitude, soutien sanitaire lors

Spécialisation I.U.D.E.

On parle depuis de nombreuses années de la formation d'Infirmier Urgentiste Diplômé d'Etat (I.U.D.E). Les éventuels transferts de compétences, le besoin de reconnaissance de la place de l'IDE en SMUR et le développement de la paramédicalisation vont probablement favoriser la création d'une formation spécifique pour l'infirmier. Mais rien ne laisse présager que ce soit sous la forme d'une nouvelle spécialisation

Concevoir une spécialisation implique la création d'écoles, de postes de directeurs, de formateurs, la mise en place de cours, la parution de textes législatifs régissant la formation ... De plus, la création d'une spécialisation entraîne nécessairement des revendications salariales coûteuses. Le ministère de tutelle a donc tout intérêt à créer une formation diplômante complémentaire qui ne soit pas une spécialisation. La modification du programme de formation initiale en IFSI peut également être une piste.

d'incendies ou de risques chimiques, etc. Une formation spécifique d'infirmier de sapeurs-pompiers était nécessaire pour que soient reconnues ces compétences.

✚ Enfin, **l'infirmier perfusionniste**, responsable de la circulation extra-corporelle en chirurgie cardiaque, doit également suivre une formation. Celle-ci est imposée par le législateur⁵². Elle modifie le champ de compétences de l'infirmier. Un infirmier ne peut acquérir les compétences nécessaires au métier de perfusionniste sans formation.

Ces trois exemples (IAO, ISP, perfusionniste) illustrent la nécessité d'une formation supplémentaire afin d'élargir le champ de compétences d'un infirmier. Elle est nécessaire pour que l'infirmier acquiert de nouvelles compétences : tri, orientation, visite d'aptitudes des sapeurs-pompiers, etc.

On retrouve d'ailleurs cette idée dans la notion « d'infirmière clinicienne » telle qu'elle apparaît dans le rapport Berland sur le transfert de compétences.

⁵² Circulaire 2938/DGSH/8 D du 7 août 1981 relative à la situation des agents chargés de la circulation extra-corporelle dans les établissements d'hospitalisation publics.

En aparté, on notera que l'absence de formation obligatoire d'adaptation à l'emploi pour les IDE de SMUR a probablement favorisé les belligérences entre IADE et IDE de SMUR.

Rappelons que le quatrième point de la recommandation du SAMU de France du 1er janvier 2004 relatif à la formation du personnel participant au T.I.I.H., évoque « **le maintien des compétences en SMUR, une formation théorique et pratique et une mise régulière en situation incluant la défibrillation semi-automatique.** »

Sans que cela soit clairement explicite, il semble bien que cette formation concerne la mise en œuvre de protocoles. Il n'est pas spécifié si une partie de la formation doit approcher les particularités de l'exercice infirmier sans médecin.

Compétences de l'IADE

Si l'IADE est formé et entraîné à l'entretien, la surveillance et le réveil d'un patient anesthésié sans la présence effective du médecin, il en est tout autre pour la prise en charge d'un patient « hors des murs », que ce soit au cours des transports secondaires ou des départs primaires.

Croire que l'infirmier anesthésiste, 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 pré-hospitalière et la nécessité, en absence de médecin, de prendre des décisions tactiques et non plus des initiatives techniques.

Ainsi, ni l'IFSI, ni l'école des infirmiers anesthésistes ne préparent les paramédicaux à évaluer l'état d'un patient, à décider de l'inclusion d'une détresse ou d'une pathologie dans un arbre décisionnel de prise en charge et à appliquer un soin infirmier sur protocole.

Indéniablement, l'activité sans médecin impose une extension du champ de compétences de l'IDE ou de l'IADE. Il est tout aussi évident que l'élargissement du champ de compétences impose une formation supplémentaire à la formation initiale, que l'infirmier soit spécialisé ou non.

La conviction de Bruno Garrigue, qui voit dans la spécialisation d'IADE une formation adaptée à l'activité sans médecin, nous semble excessive. Nous nous permettrons de la modérer, notamment dans le cadre des interventions primaires.

METHODOLOGIE

Préalablement à l'établissement d'outils permettant un analyse, il a été fait un travail de collecte d'informations auprès de personnes ressources, expertes dans le domaine du secours. C'est ainsi que sont apparues plus clairement la problématique du travail et la méthodologie à suivre.

La première phase du travail a consisté à déterminer les structures à étudier.

Ensuite, le choix d'un recueil de données devait être fait. Nous avons utilisé deux outils de recueil : **l'entretien et le questionnaire.**

La collecte des informations issues des entretiens et des questionnaires a été suivie d'une analyse. Cette analyse des différentes idées qui nous ont été soumises est très libre. Elle mêle l'écoute, la réflexion et implique nécessairement une part d'intuition La projection sur l'avenir est une réflexion plus subjective basée sur l'interprétation données et des propos recueillis.

L'IDENTIFICATION DES STRUCTURES

Du fait de réseaux de communications incertains, il existait peu d'informations fiables quant aux nombres réels de moyens de secours paramédicalisés. Ce manque de clarté tenait à deux faits distincts : du point de vue des SMUR, la paramédicalisation allant à l'encontre des recommandations des sociétés savantes, il ne semblait pas souhaitable d'en faire une trop grande publicité.

En outre, les SSSM, pionniers en la matière, n'établissaient aucune communication permettant de partager leur expérience. La démarche scientifique et le partage d'expérience ne font pas partie de la culture des SSSM.

Pour identifier les SMUR qui pratiquaient la paramédicalisation, nous avons fait un envoi massif de courriels, un mailing comportant plus de huit cents adresses (infirmiers anesthésistes, cadres de proximité, SAMU/SMUR, listes de diffusion professionnelle, écoles,

L'INFIRMIER ANESTHESISTE EN PRE - HOSPITALIER SANS MEDECIN

Situation actuelle et perspectives d'avenir

CESU, etc.). Cet envoi n'avait pour but que de recenser les expériences ; il s'agissait uniquement d'un questionnement informel par voie « non-officielle ». **Cinquante-huit** réponses ont été obtenues, soit plus de **7 %** de l'envoi initial. Ce nombre de réponses reste conséquent et permet de dégager que :

✚ La paramédicalisation « non – officielle » est courante mais ne peut pas faire l'objet d'étude,

✚ Trois structures SAMU/SMUR organisent officiellement des transports paramédicalisés, dont le SAMU 75 qui débutait son étude de faisabilité à cette période.

Pour les SDIS, le SDIS 77 a été choisi pour sa proximité géographique, sa longue expérience de la paramédicalisation et la disponibilité de la direction du SSSM. Le fonctionnement opérationnel du SSSM 77 suggère totalement la problématique évoquée ici. Nous y reviendrons au cours de l'analyse du questionnaire.

A l'issue de ce travail d'identification, quatre structures ont fait l'envoi d'un questionnaire :

✚ VL des trois frontières	SAMU 68
✚ SMUR Necker	SAMU 75
✚ SMUR Toulon	SAMU 83
✚ SSSM 77	SDIS 77

Ces SMUR / SSSM ont été sollicités pour répondre à nos questionnaires. Tous les responsables de ces différentes structures ont chaleureusement accepté de participer et nous avons systématiquement reçu un excellent accueil.

Nous remarquons que le nombre de structures est limité, ce qui rend la prospection d'information assez restreinte. Il ne nous a pas paru nécessaire d'étendre à de plus nombreuses structures notre questionnaire car tout élément supplémentaire nous serait parvenu des SDIS ; or, tel n'était pas l'objet de notre propos. Il existe un écart entre le nombre, inconnu, de SMUR ayant fait des transports sans médecin de façon officieuse et les

L'INFIRMIER ANESTHESISTE EN PRE – HOSPITALIER SANS MEDECIN

Situation actuelle et perspectives d'avenir

trois SMUR étudiés ici. Le caractère non-officiel n'incluant pas l'utilisation de protocoles, ces structures n'ont pas pu être incluses dans notre travail.

D'autres structures ont révélé leurs expériences lors du congrès **Urgence 2004** et n'ont pas pu, de fait, être étudiées.

LE CHOIX DES OUTILS DE RECUEIL DE DONNEES

Afin d'étudier la place de l'IADE dans l'activité pré-hospitalière sans médecin, nous avons eu des entretiens avec les différents cadres ou médecins des services concernés. Nous avons ensuite établi un questionnaire nous autorisant à une interprétation plus « analytique » des pratiques actuelles.

Dans le cadre d'une étude portant sur des retours d'expérience, l'entretien, sous sa forme semi-directive, peut apparaître comme une bonne méthode de recueil d'informations. De plus, le choix du personnel soignant pour la paramédicalisation des secours répond à des critères subjectifs ou des nécessités locales. Cette méthode de recueil par entretiens nous rapproche plus de la démarche journalistique que de l'étude « scientifique » et statistique. Elle présente des inconvénients majeurs : elle est très consommatrice de temps et coûteuse, elle nécessite de maîtriser l'entretien comme outil de recueil et rend l'analyse des données difficile pour le néophyte.

Ces difficultés d'exécution et d'analyse ont rendu nécessaire la réalisation d'un questionnaire mêlant questions ouvertes et questions fermées. Ce questionnaire offre l'avantage d'une lecture plus « analytique » des résultats et une interprétation plus simple et plus fiable que celle d'un entretien. De part la faible population étudiée, le questionnaire n'est pas un outil permettant une analyse statistique et ce n'est pas là sa vocation. Il apporte une expression « mathématique » en complémentarité avec les entretiens.

Après avoir identifié les structures pouvant être incluses dans notre étude, nous sommes entrés en contact avec les acteurs de ces transports sans médecin. Les entretiens nous ont permis d'une part de recueillir des informations et, d'autre part, d'établir un schéma directeur afin de rédiger notre questionnaire. Plusieurs contacts ont été établis jusqu'à l'envoi du questionnaire qui a mis fin à notre travail de recueil d'informations.

L'INFIRMIER ANESTHESISTE EN PRE - HOSPITALIER SANS MEDECIN

Situation actuelle et perspectives d'avenir

LES ENTRETIENS

Les entretiens ont été réalisés par téléphone quand l'éloignement géographique l'imposait. Dans le cas contraire, ils ont été fait à l'occasion de rencontres prévues et limitées dans le temps. Ils n'ont pas été préparés comme des entretiens semi-directifs au sens strict. Quelques questions ont permis de débiter les échanges, mais la poursuite du dialogue s'est adaptée à situation et à l'organisation de la structure étudiée.

LE QUESTIONNAIRE

Ce questionnaire n'étudie pas le comportement ou les idées d'un individu, mais cherche à cerner l'organisation et le fonctionnement d'une structure. Il a été envoyé aux responsables des services.

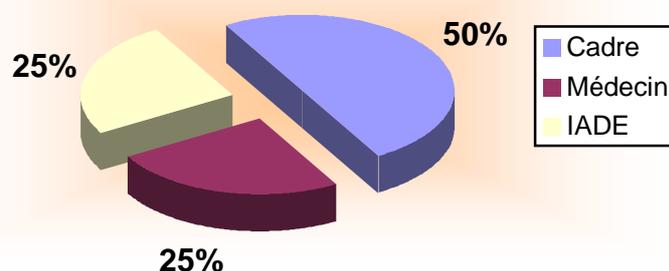
Il se compose de trois parties : la première tend à déterminer le type de structure et les équipes qui participent aux transports sans médecin, la seconde s'applique à étudier les protocoles utilisés et la dernière porte sur le personnel qui les réalise et à sa formation (Annexe IV).

RECUEIL DE DONNEES ET ANALYSE

L'ANALYSE

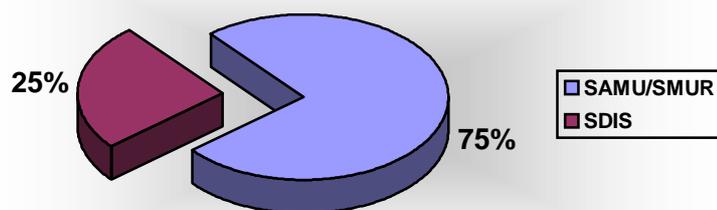
L'organisation des transports paramédicalisés

Question 1 : Qui a répondu au questionnaire ?



On découvre immédiatement une hétérogénéité propre aux expériences nouvelles. Celle-ci se retrouvera de nombreuses fois dans le questionnaire.

Question 2 : De quelle structure est-il issu ?

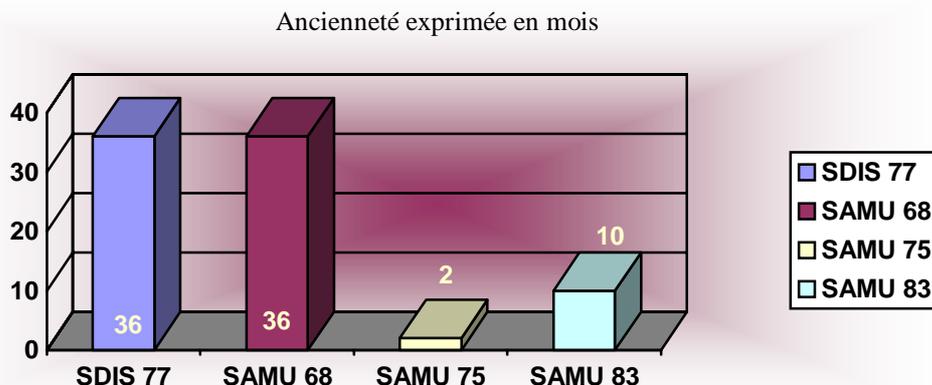


Dans les SMUR, toutes les expérimentations sont faites sous l'égide du SAMU.

L'INFIRMIER ANESTHESISTE EN PRE - HOSPITALIER SANS MEDECIN

Situation actuelle et perspectives d'avenir

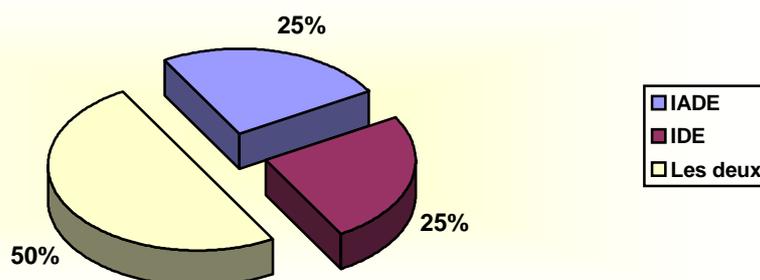
Question 3 : Depuis combien de temps ?



Les expérimentations de médicalisation sur protocoles datent de 2001 pour les plus anciennes. Rappelons que certains SMUR pratiquent cette paramédicalisation depuis de nombreuses années mais qu'ils ne peuvent être intégrés à notre travail.

Dans les structures que nous étudions, le début des expériences correspond à l'émergence de la paramédicalisation et la parution des premiers textes législatifs. Les données présentées par le SAMU 83 sont basées sur une expérience de quelques mois, à l'issue de laquelle la paramédicalisation a perduré.

Question 4 : Qui participe aux transports ?



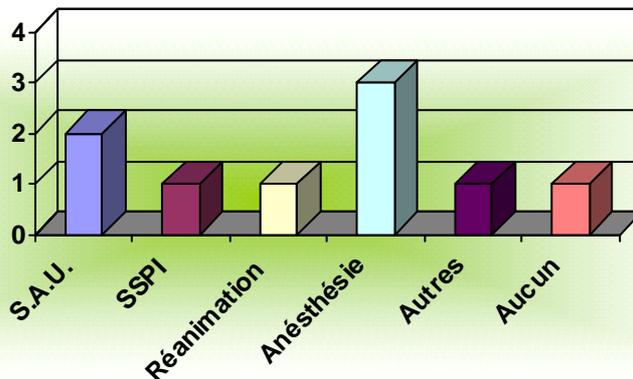
Dans trois structures sur quatre, l'infirmier spécialisé participe à la paramédicalisation.

Une fois sur quatre il est le seul à l'effectuer, non pas que l'IDE ne soit pas impliqué dans la paramédicalisation, mais il s'agit d'un SMUR ne disposant que d'IADE. Dans la moitié des cas, l'IADE est l'IDE se retrouvent dans la même structure.

L'INFIRMIER ANESTHESISTE EN PRE - HOSPITALIER SANS MEDECIN

Situation actuelle et perspectives d'avenir

Question 5 : Quels sont les autres secteurs d'activité du personnel ?

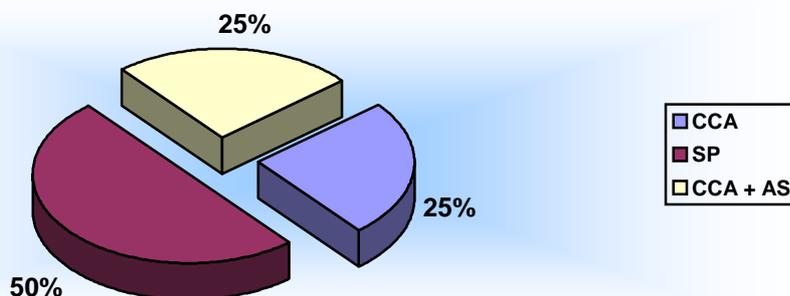


On retrouve l'anesthésie dans 75 % des cas. Le schéma précédent démontrait que l'IADE était présent dans trois structures sur quatre, on voit ici qu'il n'est jamais en poste au SMUR de façon exclusive et qu'il continue son activité d'anesthésie.

Dans les SMUR, les IDE travaillent également au Service d'Accueil des Urgences (S.A.U). Actuellement, les IDE de Toulon sont en poste au SMUR exclusivement, mais le souhait d'alternance avec le S.A.U. est exprimé.

Le statut volontaire des infirmiers de sapeurs-pompiers (ce n'est pas leur activité principale) implique que ceux-ci exercent tous dans des services différents, donc en Salle de Surveillance Post Interventionnelle (S.S.P.I.), en réanimation ou dans d'autres secteurs. Il n'est pas possible de connaître leur profil individuellement bien que les ISP aient une prédilection pour les services cités dans la question.

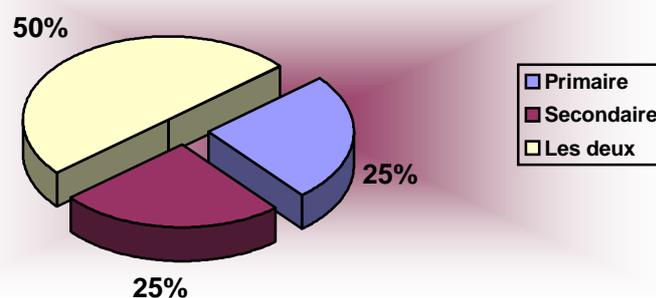
Question 6 : Quelle est la composition de l'équipe ?



Les infirmiers de la VL Saint-Louis, Toulon et du SSSM 77 travaillent en binôme avec un sapeur-pompier. Le SMUR Toulon emploie également des ambulanciers.

Seul le SMUR Necker engage trois personnes sur une paramédicalisation. Il faut néanmoins rappeler que les T.I.I.S. ne concernent que des transports secondaires. Cela suppose une manutention et une logistique plus importante que sur des interventions primaires et l'absence d'équipe de prompt-secours sur place.

Question 7 : Quels transports ?



Les sapeurs-pompiers n'assurent que des interventions primaires.

Le SMUR Necker n'assure que des transports secondaires.

Les vecteurs des SAMU 68 et 83 réalisent des transports secondaires et primaires.

Le fait qu'un SMUR dispose d'IADE ne détermine pas la nature des transports paramédicalisés qu'il organise. La présence de l'IADE n'est pas liée à la nature du transport effectué. Les SMUR des SAMU 68 et 83 effectuent des transports secondaires sans qu'un aide-soignant ne fasse partie de l'équipe ; contrairement au SMUR Necker.

Question 8 : Choix du vecteur à envoyer ?

Dans 100 % des cas, le choix d'un vecteur médicalisé est possible. La paramédicalisation est systématiquement incluse dans une démarche de « réponse graduée ».

Le SSSM 77 se trouve dans une situation particulière car il ne dispose pas de moyens médicalisés, ceux-ci étant constitués des SMUR locaux sous autorité du SAMU 77.

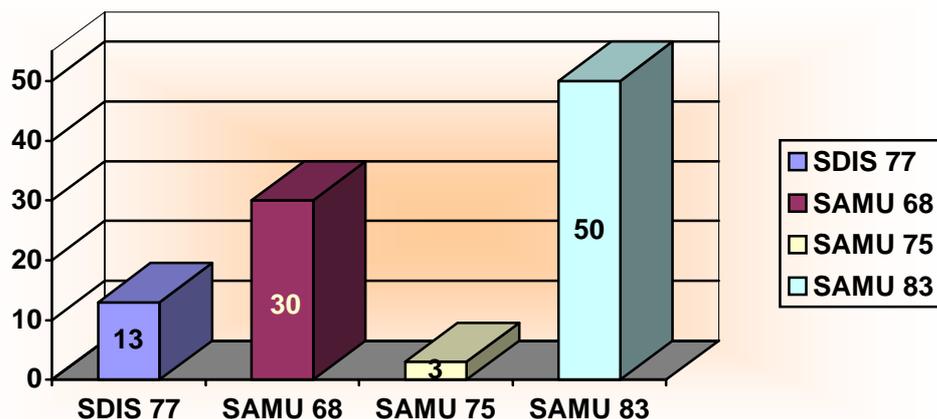
Question 9 : Sur quels critères décide-t-on de l'envoi d'un infirmier ?

Il nous paraissait difficile d'établir des critères d'envoi d'un moyen paramédicalisé étant donné qu'il n'existe – à notre connaissance – que très peu de protocoles de régulation. Les médecins des CRRA ne disposent pas d'algorithme de décision leur indiquant le moyen le plus adapté à l'appel. Pourtant, l'ensemble des personnes interrogées répondent : « protocoles de régulation ».

Nous aurions aimé disposer de ces protocoles et connaître ces critères. La question est sans doute mal formulée. Les SAMU 68 et 83 se servent de la classification CCMU et décident de l'envoi d'un moyen paramédicalisé face à un patient classé CCMU < 4.

Les protocoles

Question 10 : De combien de protocoles disposent les infirmiers ?



Les SMUR qui emploient des IDE pour réaliser des transports primaires et secondaires disposent du plus grand nombre de protocoles. Mais il faut noter que le nombre de protocoles appliqués aux transports secondaires est toujours très faible. Ce qui explique le peu de protocoles disponibles au SMUR Necker et le nombre important exprimé par les SMUR qui pratiquent des interventions primaires.

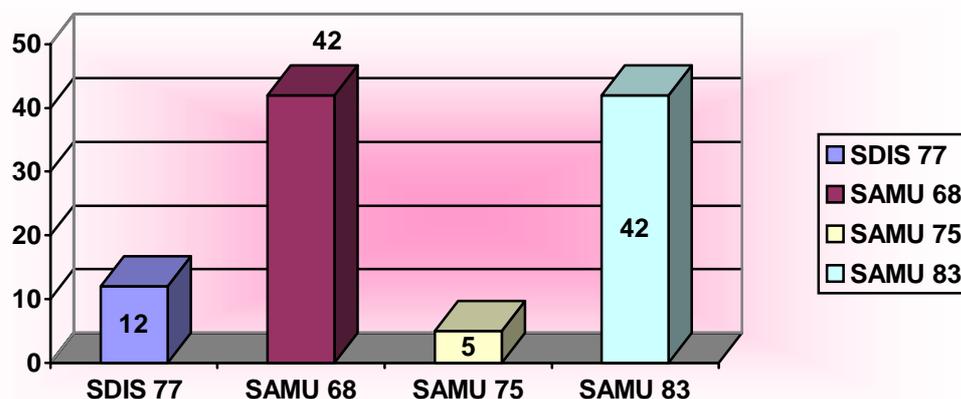
Les protocoles du SSSM 77 incluent des protocoles propres à leur activité de lutte contre les sinistres et les incendies et liés aux spécificités des soutiens sanitaires.

L'INFIRMIER ANESTHESISTE EN PRE - HOSPITALIER SANS MEDECIN

Situation actuelle et perspectives d'avenir

Le nombre de protocoles est une donnée quantitative qui ne permet pas de connaître la perspicacité des protocoles. En effet, on peut appeler « protocole » un schéma de conduite à tenir qui n'entraîne pas la réalisation de soins « sur prescriptions ».

Question 11 : De combien de médicaments disposent les infirmiers ?

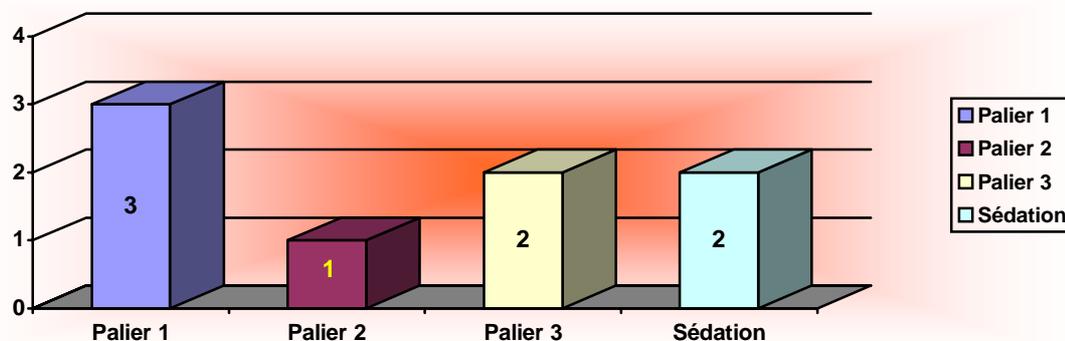


Le chiffre de quarante-deux noté pour le SMUR Toulon correspond au nombre de protocoles que les Docteurs Arzalier et Valliccioni nous ont remis en date du 11 octobre 2003. Lors de la remise du questionnaire, le nombre de médicaments disponible était « ceux du SMUR ». Nous avons donc conservé le chiffre initial.

La quantité de médicaments disponible est proportionnelle au nombre de protocoles.

Le nombre de médicaments est systématiquement supérieur au nombre de protocoles, hormis chez les sapeur-pompier. Les protocoles de prise en charge de certaines pathologies contiennent donc plusieurs thérapeutiques différentes pour une même situation. Les sapeurs-pompier disposent d'au moins un protocole n'incluant pas une administration médicamenteuse.

Question 12 : De quel antalgique peuvent bénéficier les patients ?



Traditionnellement, l'IADE revendique sa spécialité dans le domaine de l'antalgie et de la sédation. Or, il apparaît que :

Les SMUR qui paramédicalisent essentiellement ou uniquement avec des IDE autorisent l'administration sur protocole d'antalgiques de palier 3 (morphine). Ces protocoles s'accompagnent d'une sédation par Midazolam.

Le SSSM 77 qui réunit des IADE et des IDE n'autorise pas l'IADE à utiliser des antalgiques autre que le paracétamol, antalgique de palier 1. L'utilisation de morphine est envisagée par ce service ; elle sera à disposition des IDE et des IADE. Les IADE sapeurs-pompier ne possèdent pas de protocole de sédation pouvant accompagner l'antalgésie.

Le SMUR Necker ne dispose d'aucun protocole d'antalgie. En transports secondaires, les patients ont déjà bénéficié d'une évaluation de la douleur et une antalgie peut avoir débuté. Il appartient à l'IADE de poursuivre le traitement. La diversité des moyens de lutte contre la douleur ne permet pas la rédaction de protocoles dans le cadre des T.I.I.S.

Toutes les antalgies sont établies sur la base de l'Évaluation Verbale Analogique de la douleur à l'aide d'une réglette.

En définitive, l'IADE ne dispose jamais des moyens analgésiques lui permettant d'exploiter ses compétences acquises au cours des deux années de formation ; bien au contraire, les IDE disposent plus souvent d'antalgiques de palier 3 et de sédation.

Question 13 : Existe-t-il un protocole de protections des VAS ?

Tous les vecteurs de paramédicalisation disposent d'un protocole d'intubation oro-trachéale. Aucun autre système (combitube, masque laryngé, trachéotube...) n'est cité. Dans les cas étudiés, la paramédicalisation n'a pas remis en cause le « gold standard » de la protection des voies aériennes supérieures.

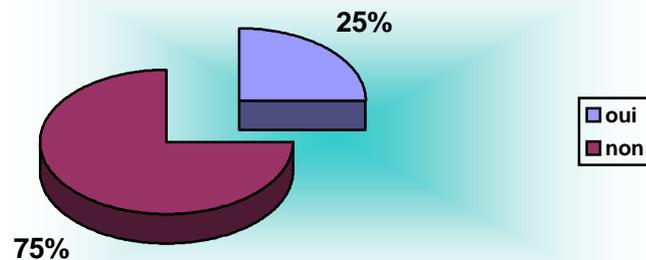
Tous les IADE intubent les arrêts cardio-respiratoires. Dans les structures qui accueillent des IDE et des IADE, c'est le seul protocole supplémentaire dont dispose l'IADE.

Les IADE sapeurs-pompiers peuvent intuber des victimes ayant un pouls et dont le score de Glasgow est inférieur à 4.

On ne peut que remarquer l'existence d'un protocole d'intubation oro-trachéale pour les IDE du SMUR Toulon. Celle-ci est justifiée par l'article 13 du décret de compétence de l'infirmier sur les actes conservatoires.

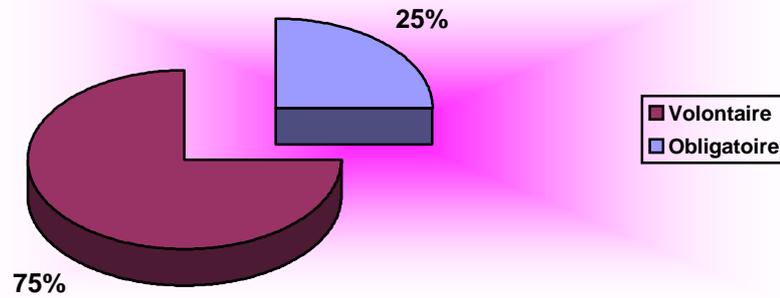
Les infirmiers

Question 14 : Tout le personnel participe-t-il ?



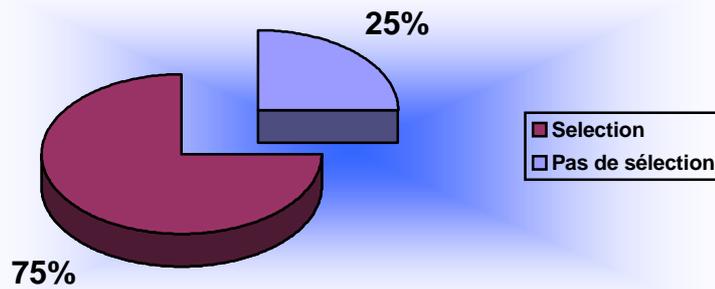
Seul le SMUR Necker permet à l'ensemble de son personnel de participer à la paramédicalisation.

Question 15 : Le personnel est-il volontaire ?



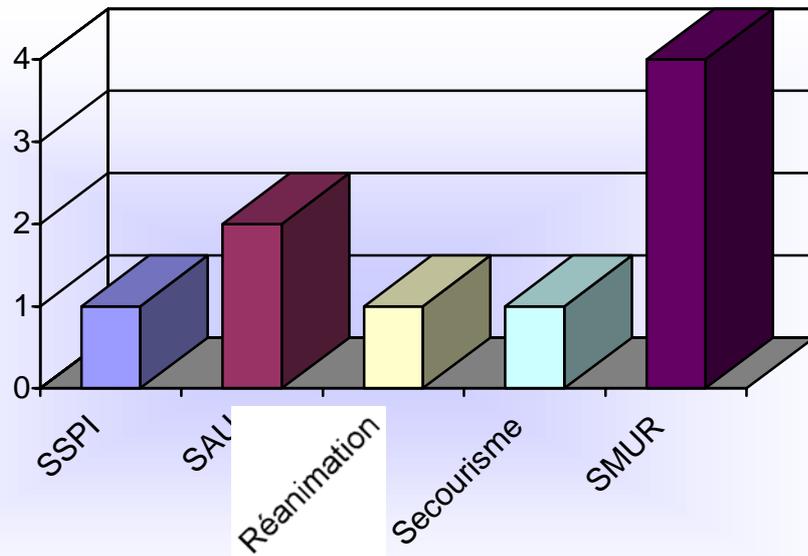
La participation à la paramédicalisation n'est pas imposée aux infirmiers, sauf au SMUR Necker.

Question 16 : Le personnel est-il sélectionné ?



Le personnel est systématiquement sélectionné, sauf dans le cadre de l'étude sur les T.I.I.S.

Question 17 : Quelles sont les expériences professionnelles requises ?



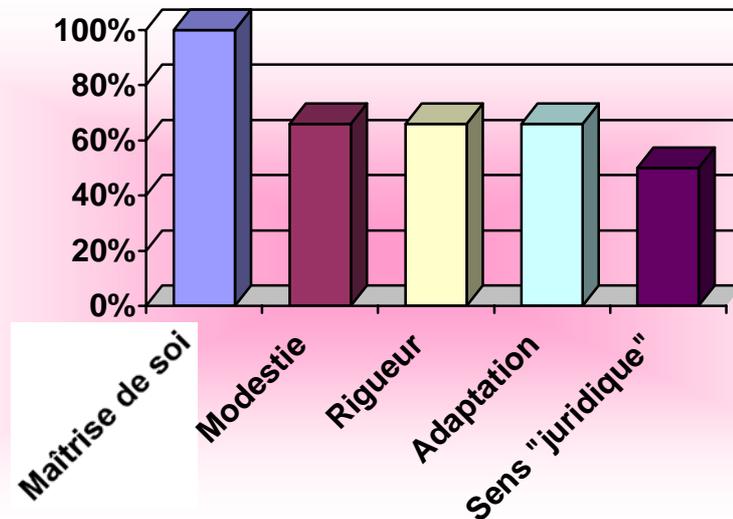
La question est mal formulée : elle interroge sur les expériences requises alors que certains cursus peuvent être souhaitables sans être obligatoires.

L'expérience en SMUR est citée systématiquement, car la paramédicalisation est considérée par tous comme une continuité de l'activité du SMUR, c'est l'une des facettes de la médecine pré-hospitalière.

Le SMUR Necker ne sélectionnant pas le personnel n'exige pas de cursus professionnel particulier hormis le diplôme d'Etat d'infirmier anesthésiste.

La variété des réponses (SSPI, réanimation, secourisme) vient du fait que l'ISP n'est pas nécessairement un infirmier de SMUR. Une expérience dans ce service est souhaitable mais pas déterminante. Le SSSM 77 apprécie tout autant une expérience de secourisme.

Question 18 : Quelles sont les capacités personnelles exigées ?

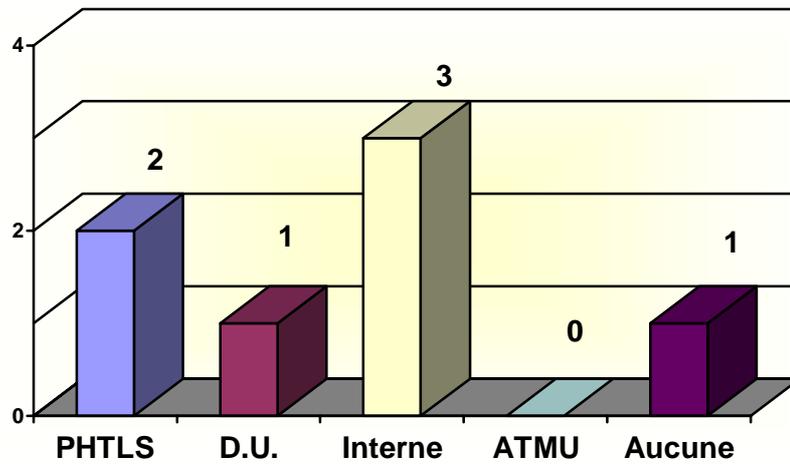


La maîtrise de soi fait l'unanimité. La rigueur et l'adaptation sont citées dans la moitié des cas. Ce sont également des qualités nécessaires pour l'activité en SMUR.

En revanche, on découvre que l'infirmier travaillant sur protocoles doit être « conscient de ses propres limites » (noté « Modestie » dans l'histogramme) et avoir un « sens juridique ». Les responsables des SMUR et des SDIS ne souhaitent pas mettre des protocoles à disposition d'infirmiers qui ne posséderaient pas la maturité et l'humilité nécessaires. Ce profil semble être un garant de la sécurité du malade. On retrouve cette exigence de qualité dans l'item « sens juridique ». Citée par le SAMU 68 et le SDIS 77, la notion juridique démontre qu'il existe bien une épée de Damoclès menaçant ces expériences de paramédicalisation. Dans ces structures, il semble souhaitable que les infirmiers en aient pleinement conscience et sachent ne pas dépasser leur champ de compétences.

Ne sélectionnant pas son personnel, le SMUR Necker n'exige pas de capacités personnelles particulières pour participer au T.I.I.S.

Question 19 : Existe-t-il une formation d'adaptation à l'emploi pour le SMUR ?



En l'absence d'obligation juridique, la formation est organisée de façon interne dans trois cas sur trois.

Le SMUR Necker, n'employant que des IADE, ne dispense aucune formation à l'arrivée en SMUR.

Dans sa formation interne, le SAMU 68 impose l'obtention d'un Diplôme Universitaire en soins d'urgence et du PHTLS.

Le PHTLS est aussi demandé aux IDE du SMUR Toulon.

On remarque que l'ATMU ne fait pas partie des cursus de formation pour l'intégration dans un SMUR. Elle est sans doute victime de son manque de notoriété.

Alors que nous souhaitons savoir s'il existait une formation d'adaptation à l'emploi pour intégrer le SMUR, il semble que les personnes interrogées ont répondu sur une formation d'adaptation à l'emploi dans le cadre de la paramédicalisation. Nous avons créé la confusion entre formation au SMUR et formation à l'exercice sans médecin.

Question 20 : Cette formation d'adaptation à l'emploi est-elle nécessaire ?

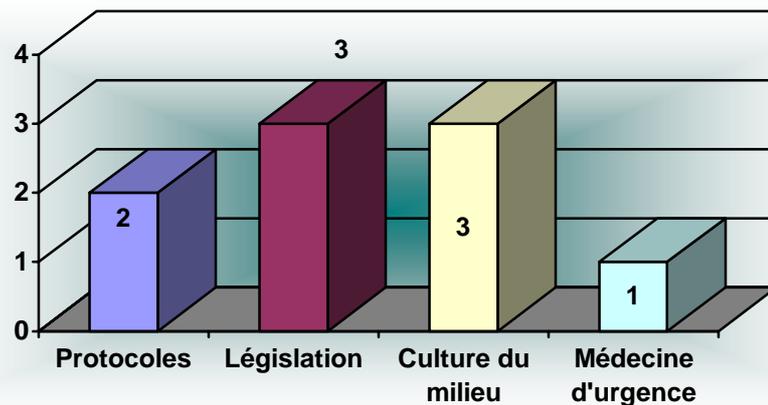
On retrouve ici la confusion entre l'adaptation à l'emploi en SMUR et l'adaptation à la spécificité des protocoles. Toutes les personnes interrogées jugent la formation d'adaptation à l'emploi nécessaire.

Pour justifier cette formation, les réponses sont diverses : formation d'IFSI insuffisante, nécessité de bien connaître le cadre juridique, connaissance du contexte de travail (Nous développerons cette idée dans la question suivante).

Nous notons que les structures qui emploient des IADE et des IDE imposent la même formation aux IADE.

Les IADE du SMUR Necker qui n'ont pas bénéficié d'une formation la trouvent souhaitable notamment pour aborder l'aspect législatif.

Question 21 : Quel est le contenu de cette formation d'adaptation à l'emploi ?



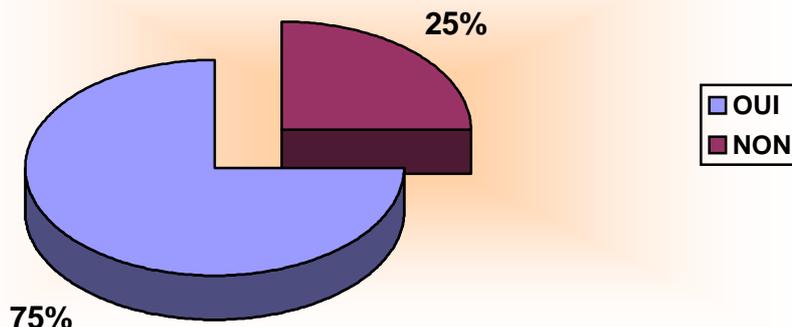
Une formation à la législation apparaît encore en première position. Cela confirme l'aspect juridique particulier et traduit, probablement, de grandes interrogations de la part des professionnels.

La « culture du milieu » est citée sous différentes formes. Cette notion de « culture » semble être une volonté de voir l'infirmier prendre conscience de son rôle dans l'organisation des secours et l'invite à ne plus être un « spectateur », mais un « acteur » de cette

organisation. Cette « culture » va lui permettre des s'impliquer pleinement dans la mise en place de la paramédicalisation.

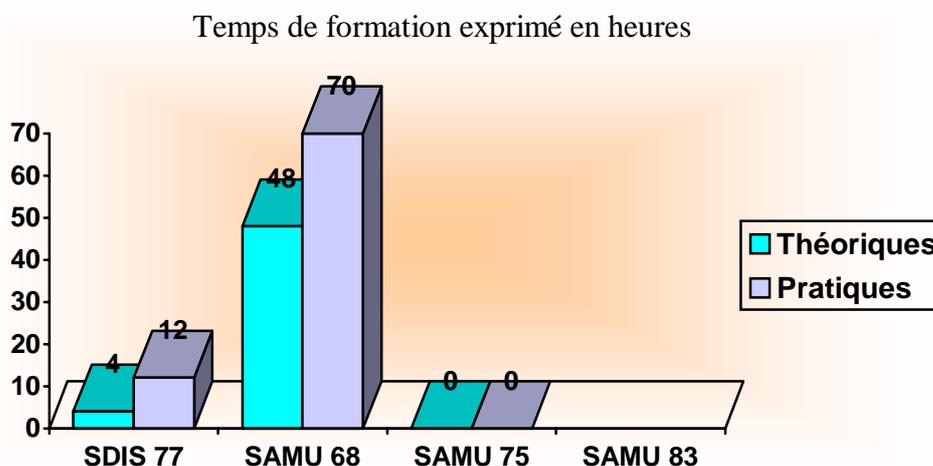
L'enseignement des protocoles est, bien entendu, cité majoritairement.

Question 22 : Existe-t-il une formation pour l'usage de protocoles ?



Le SMUR Necker ne dispense pas de formation sur l'application des protocoles.

Comment cette formation est-elle répartie ?

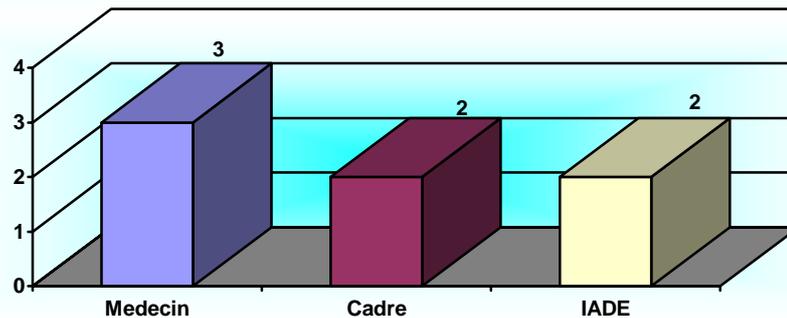


Le temps consacré à la formation théorique et pratique est adapté au nombre de protocoles disponibles. La durée de formation théorique est toujours inférieure à celle de l'enseignement pratique.

La formation pratique est également nécessaire pour que l'infirmier puisse bien comprendre ce que signifie l'absence de médecin.

La réponse du SMUR Toulon n'est pas notée car elle est en inadéquation avec la question posée.

Qui sont les formateurs ?



Le médecin arrive en tête. Il est présent quelque soit la structure qui organise la formation. Les équipes de formation sont toujours pluridisciplinaire, l'enseignement propre à l'exercice infirmier étant partagé entre les cadres et les IADE. Seule différence entre l'IADE et l'IDE dans le cadre de la paramédicalisation : l'IADE enseigne. Ce que ne fait pas l'IDE.

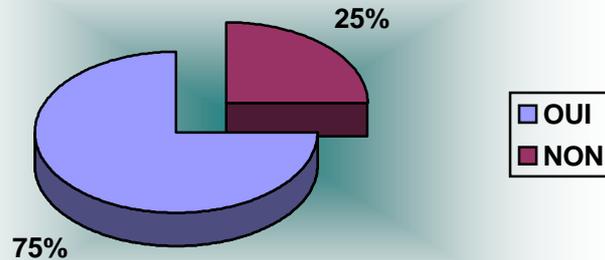
En absence de formation, le SMUR Necker ne répond pas à cette question.

Question 23 : La formation à l'usage des protocoles est-elle nécessaire ?

Comme pour la formation d'adaptation à l'emploi lors de l'arrivée en SMUR, la formation à l'emploi des protocoles fait l'unanimité.

Les personnels du SMUR Necker jugent cette formation nécessaire alors qu'ils n'en bénéficient pas.

Question 24 : Existe-il une formation continue ?



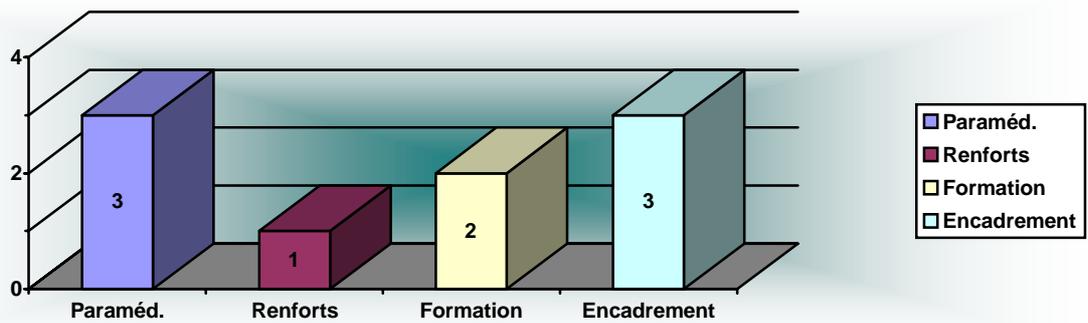
La structure n'ayant pas mis en place de formation initiale ne prévoit pas de formation continue.

Pour le SMUR Toulon, on note l'absence de précision (période, durée, formateurs) de cette formation continue.

Question 25 : Disposez-vous d'IADE ?

Toutes les structures interrogées disposent de personnel spécialisé.

Question 26 : Que est leur rôle ?



Dans la moitié des cas, l'IADE participe à la paramédicalisation au même titre que l'IDE.

En plus de son activité opérationnelle, l'IADE forme et encadre ses confrères IDE.

L'INFIRMIER ANESTHESISTE EN PRE - HOSPITALIER SANS MEDECIN

Situation actuelle et perspectives d'avenir

LES CRITIQUES ET OBSERVATIONS

Notre démarche rencontre quelques limites :

Tout d'abord, dans le cadre des SAMU, les IADE participent davantage aux transports secondaires et les IDE aux transports primaires, ce qui avait déjà été remarqué par Bruno Garrigue. Il est donc difficile d'étudier la place d'un IADE dont le rôle au sein des différents services n'est pas uniforme.

Pour être représentatif et exploitable, ce type de questionnaire doit être fait sur une population plus importante.

Le questionnaire a rempli l'objectif de compléter les entretiens que nous avons eus ; il aurait été un outil plus pertinent pour une étude à grande échelle. Les entretiens n'auraient, alors, pas été nécessaires et le questionnaire aurait suffi.

Plusieurs questions ont été mal formulées, il survient à deux reprises une incohérence entre notre attente et les réponses fournies.

Certaines réponses permettant d'aborder l'aspect qualitatif de la mise en place de la paramédicalisation n'ont pas été fournies. Cette absence laisse place à des doutes et des interrogations.

Nous avons omis un questionnement sur les moyens de télétransmissions et la formation s'y rapportant. De même, nous aurions pu explorer les moyens de communication et la maîtrise de ses moyens par le personnel.

Une population plus étendue aurait pu être étudiée tant par les entretiens que par les questionnaires si nos recherches avaient été plus fructueuses lors de l'identification des structures. Il faut noter néanmoins qu'au cours de notre travail, les tabous ont commencé à tomber. Des expériences ont été officialisées.

Dans le cadre de l'étude des formations aux gestes d'urgence, la présentation de la formation belge SIAMU⁵³ était probablement inévitable. Sans nous y attarder, nous aurions dû l'envisager. Nous n'y avons été sensibilisé que tardivement ; pourtant, la création, en France, d'une formation à l'urgence pour les infirmiers pourrait en être inspirée.

⁵³ Soins Intensifs et Aide Médicale Urgente

BILAN ET PERSPECTIVES

LA PLACE ACTUELLE DE L'IADE

Notre idée n'était pas de comparer les compétences et la qualité de soins d'un IADE et d'un IDE, mais d'observer les pratiques et d'en tirer des idées pour l'avenir. La physionomie des équipes qui paramédicalisent est aussi variée que les SMUR sont nombreux. Il n'existe pas de « profil type ». Certaines sont composées uniquement de spécialisés alors que d'autres ne travaillent qu'avec des IDE. En fait, lors de la paramédicalisation, il semble que la règle soit « on fait avec ce que l'on a ». Il n'existe pas de choix réel entre IADE et IDE ; chaque structure, au retrait du médecin, a laissé son personnel paramédical présent en place. Il semble donc qu'on ne choisisse pas nécessairement entre un IADE ou un IDE lorsque l'on décide de paramédicaliser. Le choix de « paramédicalisation » est souvent le fait d'impératifs économiques ; or les centres hospitaliers manquant de médecins affichent une pénurie identique pour le personnel infirmier spécialisé.

Un éventuel conflit entre IDE et IADE n'a pas lieu d'être, car chaque structure a mis en place la paramédicalisation avec le personnel dont elle disposait.

A ce jour, l'IADE peut difficilement faire valoir sa place « préférentielle » dans le cadre des interventions médicalisées. De ce fait, croire que l'IADE est un acteur de prédilection pour la paramédicalisation est une utopie ; d'ailleurs, la seule recommandation existante sur les T.I.I.H. ne privilégie pas la place de l'IADE par rapport à l'IDE.

Si la paramédicalisation se poursuit, l'IADE ne peut prétendre à y participer « de droit ». Sa spécialisation n'est pas un argument. Les particularités de l'exercice de notre art dans le domaine de la paramédicalisation ne sont enseignées ni à l'IFSI, ni à l'école des infirmiers anesthésistes.

Travailler en pré-hospitalier sans médecin est une extension du champ de compétences qui impose une formation supplémentaire pour tous. Si cette extension de compétences ne

paraît pas évidente pour les transports inter-hospitaliers, elle est indiscutable lorsqu'il s'agit des interventions primaires.

Bien que l'école d'IADE délivre une formation aux techniques de soins d'urgence bien plus conséquente que celle de l'IFSI, aucune de ces deux formations n'enseigne l'exercice de l'art sans médecin.

Au sortir de notre travail, il nous semble que si les IADE ne cherchent pas à mettre en valeur leur savoir-faire, ils risquent d'être complètement exclus de la paramédicalisation car ils ne peuvent prétendre que leur formation initiale les prépare à la paramédicalisation. A ce jour, la prédilection de l'IADE pour la paramédicalisation n'est pas envisageable.

Alors que la paramédicalisation ne fait, officiellement, que commencer, l'IADE doit mettre en exergue son champ de compétences afin de démontrer qu'il est, après **une formation d'adaptation à l'emploi**, un acteur de choix dans cette paramédicalisation.

Cette compétence doit être mise à contribution dans le cadre d'une recherche de qualité de soins et dans la formation aux personnes participant aux secours d'urgence.

LES PERSPECTIVES

Aujourd'hui, de nombreux rapports commandés par le ministère de la Santé sont rendus publics. La spécialité en « médecine d'urgence » est reconnue et elle pourrait éventuellement être suivie d'une formation spécifique pour les infirmiers. Autant d'éléments qui laissent préfigurer de nombreux changements dans les formations des professions de santé et notamment celle des soins infirmiers. Le milieu de la santé est un milieu corporatiste et l'anesthésie ne représente qu'une faible population sur l'ensemble des professions paramédicales.

Quelle sera sa place dans le nouveau paysage sanitaire français ?

L'avenir des IADE en pré-hospitalier sans médecin est inévitablement lié à l'avenir des autres professionnels de santé et aux éventuels changements dans l'organisation des secours. De part ces futurs bouleversements, l'avenir du statut de l'IADE est inconnu, voire incertain.

L'INFIRMIER ANESTHESISTE EN PRE - HOSPITALIER SANS MEDECIN

Situation actuelle et perspectives d'avenir

Il tient aux IADE de démontrer que leur champ de compétences est un gage de qualité de soins et de s'investir activement dans la mise en place de la paramédicalisation ; sans quoi celle-ci se fera sans eux. Cette évolution peut permettre aux IADE de créer, ou de recréer, un esprit de confraternité et de collégialité avec les IDE, au sein des SMUR. La paramédicalisation appelle à une collaboration étroite entre IADE et IDE. Le transfert de compétences est avant tout un partage des connaissances.

Il tient au « grand frère » d'accompagner son cadet.

L'avenir des professions de santé

Bien que l'on ne connaisse pas encore les bouleversements à venir, on peut s'attendre à de réels changements pour les professionnels de santé. Le plan « **hôpital 2007** », les différents rapports sur la démographie des professionnels, sur la compétence, sur le transfert de compétences, sur la première année commune pour l'ensemble des professionnels de santé, sont autant de signes avant-coureurs qui annoncent de grandes réformes. On évoque la graduation des infirmiers en employant le terme « d'infirmier clinicien » et la possibilité pour l'aide-soignant de réaliser certains soins infirmiers.

De nouvelles rumeurs apparaissant chaque année, on suppose désormais l'existence de projets visant à autoriser l'intubation oro-trachéale par l'infirmier diplômé d'Etat lors des arrêts cardio-respiratoire. Comme à l'accoutumée, les rumeurs et les démentis se suivent.

Il est difficile de prévoir l'avenir, mais l'infirmier de demain ne sera ni formé, ni employé comme celui d'aujourd'hui. Mieux adapté aux besoins de santé, il sera probablement plus « rentable » - idée ayant le vent en poupe à notre époque. Au sein de ces probables remaniements, bien avisé celui qui pourra dire le sort réservé aux IADE. D'aucuns sont séduits par l'obtention d'un statut « médical avec prescription limitée », mais cette idée ne semble pas faire l'unanimité. Il faut noter que pour leur défense et lors des revendications, les IADE ne disposent pas de grandes organisations représentatives de la profession, fortes et fédératrices.

L'avenir du secours aux personnes

Cette même recherche de rentabilité pourrait toucher le monde du secours en général : on peut améliorer le « rendement » d'un secouriste professionnel en le formant différemment et en adaptant ses compétences aux plus près des besoins des populations. Cette rentabilité répondant également aux nécessités économiques actuelles. La Brigade des Sapeurs-pompiers de Paris initie actuellement une genèse de séparation entre le service incendie et le secours à personnes. C'est d'ailleurs une idée naissante au sein des SDIS : réserver une partie des effectifs à la mission exclusive de lutte contre l'incendie et investir l'autre partie des sapeurs-pompiers dans le secours à personnes. Le prompt secours serait alors confié à des spécialistes, proches des « **techniciens ambulanciers** », ayant – pourquoi pas ? – la compétence de faire certains gestes infirmiers. Cette idée correspond totalement aux études sur le transfert de compétences et la nécessité d'adapter l'offre de soins à la demande, par soucis d'économies matérielles, humaines et financières. Déjà certains SDIS forment leurs sapeurs-pompiers à la préparation de perfusion, de médicaments, de réalisation de gestes permettant un bilan paraclinique : ECG, Hémocue, hémogluco-test, ... Ces gestes sont, pour le moment, réalisés en présence d'un infirmier. La paramédicalisation pourrait éventuellement entraîner le transfert de compétences du médecin vers l'infirmier et de l'infirmier vers le technicien ambulancier.

Ce transfert de compétences vers les secouristes n'est pas engagé actuellement, mais il nous semble que c'est une perspective possible. Il ne nous appartient pas de juger de la perspicacité de ce transfert de compétences, mais il nous semblait intéressant de partager notre intuition.

L'avenir de la paramédicalisation

Il nous apparaît que le conflit entre IADE ou IDE pour la paramédicalisation est inutile ; elle était déjà vaine quand elle concernait les SMUR. Aujourd'hui la pénurie d'IADE est encore bien réelle et il serait vain de lutter pour une exclusivité que nous n'obtenions pas dans les SMUR. Nous notons d'ailleurs que la préférence à l'IADE pour les transports paramédicalisés est complètement absente des nouvelles recommandations des sociétés savantes, en ce qui concerne les transports inter-hospitaliers. C'est avec curiosité et

L'INFIRMIER ANESTHESISTE EN PRE – HOSPITALIER SANS MEDECIN

Situation actuelle et perspectives d'avenir

impatience que nous attendrons le texte législatif devant appuyer la recommandation de Samu de France de janvier 2004. La prédilection pour l'IADE y sera-t-elle présente ?

En intégrant la paramédicalisation dans l'organigramme des secours, l'organisation de l'aide médicale urgente peut suivre de nombreux schémas. Les possibilités sont nombreuses tant le champ d'action est libre. On peut imaginer une réponse graduée : d'une part un IDE protocolé, d'autre part un moyen médicalisé disposant exclusivement d'IADE. On peut tout aussi bien imaginer un IADE seul et une médicalisation par un IDE. Que penser d'une équipe qui réunirait un médecin et un infirmier protocolé dans un même véhicule disposant de tout le matériel en double exemplaire ? Si le médecin médicalise un transport, l'infirmier reste disponible avec son matériel et ses protocoles. Il peut donc être engagé sur une autre intervention en laissant le médecin dans l'ambulance des pompiers.

Si cela nous paraît farfelu, cet exemple nous montre surtout l'étendue des possibilités envisageables. Toutes les configurations sont possibles.

La paramédicalisation doit être encadrée très strictement : recrutement, sélection, formation, évaluation continue, etc. Cette rigueur ne peut être appliquée que par une implication franche et sincère des équipes médicales, et notamment de la direction médicale des SAMU et des SSSM. Localement, la paramédicalisation ne pourra pas se faire sans le soutien de l'autorité médicale. Ce sera peut-être là l'occasion de renouer un certain dialogue avec les médecins. La mise en place de la paramédicalisation peut permettre à chacun de découvrir ou de redécouvrir les compétences de ses collaborateurs.

La paramédicalisation va très probablement débiter dans des structures où les équipes paramédicales mêlent IDE et IADE. La mixité est une tendance actuelle et on note une part importante d'équipes bigarrées dans les expériences de paramédicalisation. L'IADE va devoir apprendre à travailler avec l'IDE dans les SMUR et davantage encore dans le cadre de la paramédicalisation.

C'est, peut-être, la présence des IDE dans les SMUR qui va autoriser l'IADE à y conserver sa place.

L'INFIRMIER ANESTHESISTE EN PRE - HOSPITALIER SANS MEDECIN

Situation actuelle et perspectives d'avenir

Si la rentabilité est une valeur phare de notre époque, il en est une autre qui l'accompagne : **la démarche qualité**. Cela nous touche particulièrement dans le monde de la santé et la paramédicalisation ne devrait pas en être exclue. Pour le personnel participant à la paramédicalisation, la formation est un élément prépondérant de cette démarche qualité.

Cette même recherche de qualité de service est un argument de choix pour intégrer l'IADE à la paramédicalisation. C'est l'occasion pour lui de mettre en avant les différents aspects de sa formation aussi bien scientifique que technique. La spécialisation de l'IADE en fait un acteur de choix dans l'activité pré-hospitalière, il est le garant de cette qualité de soins. L'IADE ne possède pas le « savoir-faire », mais le « **savoir bien faire** ».

Il est largement formé à l'évaluation du risque, au respect des règles de sécurité et acquiert par sa spécialisation des qualités primordiales : connaissances de ses propres limites, connaissances du cadre légal, maîtrise de soi, rigueur dans l'application des bonnes pratiques, humilité devant une situation dépassant ses compétences...

L'IADE, par sa culture du compagnonnage, a tout à fait la capacité de transmettre cela.

Ces notions essentielles de la qualité de soins ne s'acquièrent pas par l'expérience, aussi intense soit-elle. Elles ne peuvent pas être innées chez l'IDE.

Nous nous étonnons de certaines réponses fournies par le SAMU 83 qui écrit « **il semble difficile de pouvoir faire assurer plus du tiers des interventions d'un S.M.U.R. par du personnel I.D.E. limitant ses actes à son décret de compétences...** », et qui semble autoriser ses IDE à pratiquer l'intubation oro-trachéale sans mettre en avant une formation préalable. Au delà d'une interprétation différente des textes (Que sont les actes conservatoires ?), c'est l'absence de formation, d'évaluation et d'encadrement qui nous interpelle. Il est, bien entendu, possible que notre incompréhension trouve sa source dans un recueil de données inadéquat et un manque de perspicacité de notre part lors de l'analyse.

Ecrire que « l'IDE ne peut assurer le tiers des interventions en se limitant à son décret de compétence », c'est émettre l'hypothèse que l'IDE n'est pas un intervenant de choix de la paramédicalisation.

L'INFIRMIER ANESTHESISTE EN PRE - HOSPITALIER SANS MEDECIN

Situation actuelle et perspectives d'avenir

La formation initiale du personnel et l'évaluation des pratiques sont des éléments essentiels de cette démarche qualité. Nous pensons que l'IADE est l'intervenant de prédilection dans les domaines de :

-  La formation initiale,
-  La formation continue,
-  L'encadrement du personnel,
-  L'évaluation des connaissances et des techniques.

La paramédicalisation est un schéma d'organisation qui donne une importance majeure à l'individu lui-même. Cela apparaît d'ailleurs dans les critères de sélection du personnel. Ainsi, il n'est pas envisageable qu'un diplôme d'infirmier ou d'infirmier spécialisé accorde une équivalence pour appliquer un protocole donné. La formation et l'évaluation permanente des personnels doivent être individualisées. Bien que cette formation puisse suivre un cadre national, il semble que c'est à l'échelle locale que cette formation et cette évaluation doivent être effectuées.

Sans prendre la place du cadre de proximité, l'IADE dispose des connaissances et une maîtrise technique qui l'autorise à enseigner les soins d'urgence, à encadrer le personnel infirmier et à évaluer sa pratique afin d'améliorer la qualité des soins.

Ce rôle d'encadrement de l'IADE correspond tout à fait à l'obtention récente de la Catégorie A du corps des infirmiers anesthésistes.

Par soucis de crédibilité, ce rôle d'encadrement impose la participation opérationnelle de l'IADE aux activités de SMUR et de paramédicalisation. Celui-ci doit rester un acteur de terrain.

Certains ont déjà mis en avant les compétences de l'IADE dans ces différents domaines. Cette mise à contribution de l'IADE atteint son paroxysme dans des structures associant une mixité des équipes et une volonté médicale forte de développer la paramédicalisation ; notamment au sein du SDIS 77 et du SAMU 68. Il faut noter que ce sont également les deux structures qui imposent la plus longue formation aux personnels – IADE ou IDE – avant de

L'INFIRMIER ANESTHESISTE EN PRE – HOSPITALIER SANS MEDECIN

Situation actuelle et perspectives d'avenir

les faire participer aux transports sans médecin. Ces deux services réalisent également des formations continues et une évaluation de la connaissance des protocoles plusieurs fois par an. C'est probablement dans un schéma d'organisation comme ceux-ci que l'IADE devrait s'impliquer activement à l'avenir.

CONCLUSION

Bon nombre d'infirmiers anesthésistes férus de soins pré-hospitaliers ont peut-être pensé que le retrait partiel des médecins et le développement de la « paramédicalisation » entraîneraient l'exclusivité de cette activité pour le personnel IADE. J'en faisais partie.

Tout d'abord, 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 en SMUR n'a jamais été évaluée. J'ai découvert cette absence de « preuves », au cours de mon travail.

Au-delà de cette nécessité de démontrer la qualité de notre formation, il m'apparaît aujourd'hui que nous devons travailler avec les IDE et mettre nos compétences à leur portée.

Alors que j'étais à l'école, l'environnement professionnel des IADE a subi quelques changements dont il est difficile de mesurer la portée (nouvelle grille indiciaire, suppression des gardes de 24 heures à l'Assistance Publique, retrait des IADE de certains SMUR parisiens, etc.). A la même période, ce sont également des bouleversements dans le monde de la santé qui se font sentir. La formation aux études médicales et paramédicales que nous avons connue est remise en cause et l'organisation actuelle des professions de santé vit peut-être ses dernières heures. Il est difficile de prédire l'avenir dans de telles conditions. Il est d'ailleurs possible que rien ne change.

A écouter mes pairs, j'ai l'impression que la profession d'IADE est toujours en perpétuelle mutation, dans une recherche constante d'un statut, d'une place dans l'organigramme des soins et plus particulièrement dans l'activité pré-hospitalière.

Il me semble que l'avènement de la paramédicalisation est un nouveau virage que peut prendre le corps des infirmiers anesthésistes. Elle peut apporter l'émancipation nécessaire à la définition d'une identité professionnelle qui manque aujourd'hui aux IADE ; mais surtout aux IDE.

Il est peut être temps de mettre fin à nos querelles corporatistes et de travailler ensemble. C'est peut-être aussi par la paramédicalisation que l'IADE pourra – enfin – faire reconnaître

L'INFIRMIER ANESTHESISTE EN PRE – HOSPITALIER SANS MEDECIN

Situation actuelle et perspectives d'avenir

sa place en pré-hospitalier. Sa spécialisation peut être garante de la qualité de soins exigée par les patients. Son implication dans la formation initiale et continue, dans l'encadrement et dans l'évaluation de la qualité peut lui permettre d'exploiter toute l'étendue de son champ de compétences.

L'évaluation des compétences, la formation et la démarche qualité sont probablement des axes importants de réflexion pour l'avenir de la paramédicalisation. En ce sens, le travail de Bruno Garrigue a posé de solides fondations pour que les IADE puissent construire ensemble, avec les médecins et avec les IDE une réponse graduée à l'urgence pré-hospitalière.

C'est peut-être un vœu pieux ou une vision messianique de la paramédicalisation mais il ne serait être d'avenir sans foi.

BIBLIOGRAPHIE

REFERENCES LEGISLATIVES ET RECOMMANDATIONS

- ✚ Code Général des Collectivités Territoriales (Partie Législative), LIVRE IV, Services Publics Locaux, Titre II, Dispositions propres à certains services publics locaux, Chapitre IV, Services d'Incendie et de Secours (L1424-1 à L1424-50)
- ✚ Loi 86-11 du 6 janvier 1986 relative à l'aide médicale urgente et aux transports sanitaires
- ✚ Loi N°87-565 du 22 juillet 1987 Relative à l'organisation de la sécurité civile, à la protection de la forêt contre l'incendie et à la prévention des risques majeurs
- ✚ Loi n° 96-369 du 3 mai 1996 relative aux services d'incendie et de secours
- ✚ Décret n° 87-964 du 30 novembre 1987 relatif au comité départemental de l'aide médicale urgente et des transports sanitaires
- ✚ Décret n° 87-1005 du 16 décembre 1987 relatif aux missions et à l'organisation des unités participant au service d'aide médicale urgente appelées SAMU
- ✚ Décret 97 – 1225 du 26 décembre 1997 relatif à l'organisation des services d'incendie et de secours
- ✚ Décret n° 97-620 du 30 mai 1997 relatif aux conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les établissements de santé pour être autorisés à mettre en oeuvre des services mobiles d'urgence et de réanimation et modifiant le code de la santé publique
- ✚ Décret n° 2000-1009 du 16 octobre 2000 portant statut particulier du cadre d'emplois des infirmiers de sapeurs-pompiers professionnels.
- ✚ Décret n° 2000-1008 du 16 octobre 2000 portant statut particulier du cadre d'emplois des médecins et des pharmaciens de sapeurs-pompiers professionnels.
- ✚ Décret n° 2002-194 du 11 février 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier
- ✚ Arrêté du 23 mars 1992 relatif au programme des études conduisant au diplôme d'État d'infirmier
- ✚ Arrêté du 13 décembre 1999 relatif à la formation des sapeurs-pompiers volontaires

L'INFIRMIER ANESTHESISTE EN PRE – HOSPITALIER SANS MEDECIN

Situation actuelle et perspectives d'avenir

- ✚ Arrêté du 6 février 2001 relatif à l'organisation du concours national d'infirmiers de sapeurs-pompiers professionnels des services départementaux d'incendie et de secours
- ✚ Arrêté du 17 janvier 2002 relatif à la formation conduisant au diplôme d'Etat d'infirmier anesthésiste
- ✚ Arrêté du 22 octobre 2001 : relatif à la formation conduisant au diplôme d'Etat d'infirmier de bloc opératoire
- ✚ Circulaire 2938/DGSH/8 D du 7 août 1981 relative à la situation des agents chargés de la circulation extra-corporelle dans les établissements d'hospitalisation publics.
- ✚ Circulaire d'application du décret n° 99-1039 du 10 décembre 1999 relatif aux sapeurs-pompiers volontaires
- ✚ Circulaire DSC/10/DC/00356 du 6 juillet 2000
- ✚ Circulaire n°195/DHOS/01/2003 du 16 avril 2003 relative à la prise en charge des urgences
- ✚ Recommandations concernant la surveillance des patients au cours des transferts médicalisés inter-hospitaliers – SFAR – Décembre 1992
- ✚ Recommandations concernant la surveillance des patients au cours des transferts médicalisés inter-hospitaliers – SFAR – Février 1994
- ✚ Recommandations – SFAR – Janvier 1995
- ✚ Recommandations concernant les modalités de prises en charge médicalisée des patients en état grave – SFAR – Novembre 2001
- ✚ Recommandations pour l'exercice de la profession d'IADE – SNIA – Mai 2002
- ✚ Recommandations concernant les transferts infirmiers inter-hospitaliers – Samu de France - 2004

CONTRIBUTION A DES CONGRES

- ✚ Dr. Frederic Berthier – SAMU 44 – Faut-il médicaliser les transports secondaires ? – Controverse, Congrès Urgences 2003, Paris
- ✚ V. Montmartreau, V. Dubrous – SDIS 77 – L'infirmier de sapeurs-pompiers – Congrès Urgences 2003, Paris

L'INFIRMIER ANESTHESISTE EN PRE – HOSPITALIER SANS MEDECIN

Situation actuelle et perspectives d'avenir

 F. Adnet, PM. Hazebrouck, B. Garrigue, S. Graesslin, P. Peulmeulle - « Réflexion sur la place du personnel infirmier dans les transports sanitaires » - Table ronde, Congrès 2004, Paris

L'INFIRMIER ANESTHESISTE EN PRE – HOSPITALIER SANS MEDECIN

Situation actuelle et perspectives d'avenir

SITES INTERNET

- ✚ www.urgences.com
- ✚ www.infirmiersp.com
- ✚ www.infirmiers.com
- ✚ www.infiweb.org
- ✚ www.sante.gouv.fr
- ✚ www.sfar.org
- ✚ www.samu-de-France.com
- ✚ www.sfmu.org
- ✚ www.legifrance.gouv.fr
- ✚ www.samudeparis.org
- ✚ www.naemt.org
- ✚ www.iefsante.com
- ✚ www.samu83.free.fr
- ✚ www.inesc.fr
- ✚ www.creuf.com
- ✚ www.ensosp.com
- ✚ www.isp67.com
- ✚ www.laryngo.fr.st
- ✚ www.snphar.com
- ✚ www.lifesupport-france.org
- ✚ www.urgences2004.org
- ✚ www.samu.org
- ✚ www.invivo.net/bg

OUVRAGES , REFERENTIEL ET GUIDES METHODOLOGIQUES

- ✚ Société Francophone de Médecine d'Urgence, « Référentiel IOA », 2004-04-25
- ✚ Ecole des infirmiers anesthésistes, Délégation à la formation « Travail d'intérêt professionnel, guide méthodologique. », AP-HP, 2004
- ✚ Ecole des infirmiers anesthésistes, Délégation à la formation « Travail d'intérêt professionnel », AP-HP, 2004
- ✚ D. Brun « Recueil d'informations : Méthodes de questionnaires, d'entretiens et d'observations », Département de Pédagogie des Sciences de la Santé, Université Paris 13

MEMOIRES ET THESES

- ✚ Bruno Garrigue « Transferts inter-hospitaliers sans médecin, quel infirmier pour quel transport ? », Mémoire pour l'obtention du diplôme de cadre de santé – AP-HP 2003
- ✚ Pascal Schulze « Réanimation et urgences pré-hospitalières – Projet de module optionnel. », Travail de Fin d'Etudes – IFSI Melun, 1998

ANNEXES

ANNEXE I

Extraits de la circulaire d'application du décret n°99-1039 du 10 décembre 1999 relatif aux sapeurs-pompiers volontaires

...

2.2.4. Cas particulier des infirmiers

Le service de santé et de secours médical, essentiellement composé de sapeurs-pompiers volontaires, comprend des médecins, des pharmaciens, des vétérinaires et des infirmiers qui ont la particularité d'exercer leur art au sein du service de santé et de secours médical, dans le cadre des missions attribuées aux sapeurs-pompiers.

...

B.L'infirmier sapeur-pompier

En application de l'article 60 du décret n°99-1039 du 10 décembre 1999, les personnes titulaires du diplôme d'Etat d'infirmier peuvent être engagées en qualité d'infirmier de sapeur-pompier volontaire (cf paragraphe 2.2.2. Dispositions particulières). Dans ce cas, ils appartiennent au service de santé et de secours médical et doivent obligatoirement suivre la formation initiale correspondante prévue par l'arrêté du 13 décembre 1999.

L'infirmier de sapeurs-pompiers volontaires, dans le secours à personnes, pourra intervenir soit en binôme avec le médecin, soit en plus de l'équipage du VSAB. Il sera autorisé par le médecin chef à mettre en oeuvre des gestes techniques définis par protocole.

Il convient de préciser que s'il existe des protocoles en usage dans le service de santé et de secours médical, la mise en oeuvre de ceux-ci ne peut être revendiqué par le sapeur-pompier volontaire titulaire d'un diplôme d'Etat d'infirmier. En effet, les protocoles sont signés par le médecin chef pour les seuls membres du service de santé et de secours médical dont il a la responsabilité. En dehors des situations d'urgence, le choix des thérapeutiques envisagées ne pourra se faire que par contact avec un médecin du service départemental d'incendie et de secours ou par le médecin régulateur du SAMU-centre 15, après avoir passé le bilan. L'infirmier de sapeurs-pompiers volontaires peut assurer la surveillance du transport.

De plus, l'infirmier de sapeurs-pompiers volontaires participe à l'ensemble des missions du service de santé et de secours médical, sous le contrôle du médecin. Ainsi, :

- Il peut participer à la surveillance des tests physiques des sapeurs-pompiers ;
- Il collabore avec les médecins sapeurs-pompiers pour la réalisation des visites d'aptitude, pour la médecine préventive, l'hygiène et la sécurité du travail, le soutien sanitaire des interventions et les soins d'urgence aux sapeurs-pompiers ;

Il peut participer avec les pharmaciens sapeurs-pompiers à la gestion et à la surveillance de l'oxygène et de l'équipement médico-secouriste.

L'INFIRMIER ANESTHESISTE EN PRE – HOSPITALIER SANS MEDECIN

Situation actuelle et perspectives d'avenir

ANNEXE II

Extraits de la circulaire N° 195 /DHOS/O1/2003/ du 16 avril 2003 relative à la prise en charge des urgences

....

2.3. Organisation des transports sanitaires pré-hospitaliers et inter-établissements

Les transports sanitaires pré-hospitaliers sont gradués du plus lourd au plus léger : SMUR, ambulance, transports assis. Il revient au médecin régulateur du SAMU de définir quel est le vecteur de transport le plus approprié à l'état du patient et de l'envoyer sur place.

...

Réflexion sur la place des infirmiers dans les transports sanitaires

Dans le cadre d'un comité de pilotage national, une réflexion sur la place des infirmiers dans les transports sanitaires va être engagée. Ce comité définira un cahier des charges précis pour les expérimentations qui pourraient être lancées par les ARH et les établissements de santé sur la mise en place, dans des territoires définis, de transports paramédicalisés. Ces véhicules pourraient en effet assurer des transports sanitaires qui, après régulation par le SAMU, nécessiteraient des qualifications supérieures à un ambulancier sans pour autant nécessiter un SMUR.

ANNEXE III

Les Transferts Inter Hospitaliers : TIIH. Les recommandations de SAMU de France

PREAMBULE

Ce texte concerne les transferts pris en charge par les services hospitaliers, entre deux établissements de soins, de patients ne nécessitant pas de prise en charge médicalisée (SMUR), mais relevant des compétences d'un infirmier.

Ils sont appelés «Transferts Infirmiers Inter-Hospitaliers» (TIIH).

Ils concernent l'ensemble des transferts inter-hospitaliers incluant l'activité adulte et pédiatrique, les transferts in-utero ou psychiatriques.

Ces transferts inter hospitaliers sont coordonnés par les SAMU-Centre 15.

1. Rationnel de la mise en place des TIIH

La mise en place des TIIH permet une réponse adaptée à la diversification et à l'augmentation des transferts inter hospitaliers; diversification et augmentation engendrées par la restructuration du système de soins autour de plateaux techniques. Cet effecteur vise à améliorer le rapport bénéfice/risque au cours de transferts inter-hospitaliers de patients stabilisés et à optimiser le temps médical disponible. Il correspond à un nouvel effecteur à disposition de la régulation SAMU-Centre 15, intermédiaire entre le transport ambulancier et le transport SMUR. Ce nouvel effecteur doit permettre également d'améliorer les délais d'attente pour la réalisation des transferts inter-hospitaliers.

2. Indications des TIIH

Le TIIH est indiqué pour les patients stabilisés sans défaillance non compensée.

Le pré-requis à ce type de transfert est la prise en charge préalable par un médecin avec réalisation d'un examen clinique, formulation d'un diagnostic, mise en route d'un traitement adapté et appréciation du risque évolutif.

La justification d'un TIIH prend en compte l'indication d'un monitoring, la prescription d'une surveillance infirmière et de traitements continus pendant le transfert. L'analyse de la phase d'observation initiale, la durée estimée du transfert et les possibilités de renfort médicalisé sont des arguments décisionnels supplémentaires.

3. Modalités pratiques d'un TIIH

L'organisation générale des TIIH est validée par le CODAMU.

Les TIIH sont régulés par le SAMU territorialement compétent de la structure de soins à l'origine de la demande de transfert.

Un accord et une transmission d'informations médicales sont nécessaires entre le médecin demandeur, le médecin régulateur du SAMU et le médecin receveur. Le choix de l'équipe d'intervention et du type de vecteur est décidé par le médecin régulateur en accord avec le médecin demandeur.

L'infirmier du TIIH est informé par le médecin régulateur de la nature du transfert et des conditions de réalisation de celui-ci.

S'il l'estime nécessaire, une fois auprès du patient, l'infirmier qui assure le transfert peut demander une réévaluation par le médecin du service demandeur et le médecin régulateur. Cette nouvelle analyse peut, le cas échéant, aboutir à l'intervention d'un autre moyen.

L'INFIRMIER ANESTHESISTE EN PRE – HOSPITALIER SANS MEDECIN

Situation actuelle et perspectives d'avenir

Une fiche de prescriptions concernant le traitement et la surveillance pour la durée du transfert, horodatée et signée par le médecin du service demandeur, est remise à l'infirmier ainsi que le dossier patient. A tout moment, l'infirmier du TIIH doit pouvoir joindre le SAMU, notamment pour obtenir un renfort du SMUR le plus proche.

Un dossier spécifique TIIH est rempli par l'infirmier pendant le transfert et remis dans le service d'accueil. Un double est archivé.

Une transmission infirmière est effectuée dans le service receveur. S'il l'estime nécessaire, l'infirmier du TIIH peut demander, en liaison avec le médecin régulateur, une réévaluation par le médecin du service receveur.

Le vecteur de transport doit être de type ASSU et comporte un équipement adapté à la surveillance et à la sécurité du patient.

Les moyens de transmission radio-téléphoniques doivent être équivalents à ceux d'une UMH.

Les différents horaires du transfert sont transmis en temps réel à la régulation du SAMU.

Des protocoles de soins écrits sont élaborés par un groupe de travail comprenant au moins un cadre de santé, un infirmier, un médecin du SMUR. Ces protocoles concernent les éléments de surveillance, les actes de soins et les procédures d'appel à renfort au cours d'un TIIH. Ils sont validés par l'encadrement médical du SAMU et annexés au règlement intérieur des SAMU-Centre 15.

Une tarification spécifique doit être définie pour les TIIH.

4. Formation spécifique de l'infirmier TIIH

Les infirmiers qui réalisent des TIIH doivent avoir acquis une expérience dans le transport SMUR ou être diplômés infirmiers anesthésistes et justifier d'un maintien de compétences en SMUR.

Ils doivent bénéficier d'une formation théorique et pratique, ainsi que d'une mise régulière en situation, incluant l'utilisation du défibrillateur semi automatique. Cette formation est coordonnée par le SAMU.

Des transferts particuliers (pédiatriques, transferts in-utero, psychiatriques,...) peuvent justifier de compétences et de formations spécifiques.

5. Evaluation - Expérimentation

La mise en place de ce dispositif nécessite une évaluation réalisée sur plusieurs sites représentatifs : nombre de TIIH, délais de réalisation, registre d'incidents, indices de satisfaction des utilisateurs de TIIH et des usagers, indicateurs d'efficacité, évaluation médicoéconomique, ...

Une analyse de tous les dossiers de TIIH doit être effectuée par une commission associant les SMUR et le SAMU du département.

Au terme de cette évaluation, une estimation des ressources humaines supplémentaires nécessaires et une adaptation ou une modulation de ce référentiel pourront être envisagées.

ANNEXE IV

Questionnaire de recueil de données

ORGANISATION

1. Vous êtes :
IADE IDE
Cadre Médecin

2. De quelle structure dépendent les transports sans médecin :
SMUR – Siège du SAMU SMUR
SDIS/SSSM Autre :

3. Dans votre structure, depuis combien de temps sont organisés les transports sans médecin ?

4. Dans le cadre des interventions sans médecin, le personnel infirmier participant est constitué de :
IADE IDE
IDE ou IADE

5. Le personnel assurant ces transports exerce-t-il dans d'autres secteurs ?
Urgences Réanimation
SSPI Anesthésie

6. Quel autre personnel compose l'équipe sans médecin ?
Externe Aide - soignant
Ambulancier Sapeur – pompier
Aucun Autre :

7. Quels types de transports sont effectués sans médecin ? :
Primaires Secondaires
Les deux

8. Lors de l'envoi de secours, existe-t-il un choix entre un vecteur médicalisé ou non médicalisé ?
Oui Non

9. Le choix d'un transport sans médecin est-il soumis à des critères pré-établis ?
Oui Non :
Si oui, lesquels ?

L'INFIRMIER ANESTHESISTE EN PRE – HOSPITALIER SANS MEDECIN

Situation actuelle et perspectives d'avenir

PROTOCOLES

10. De combien de protocoles disposez-vous ?
11. Combien de produits médicamenteux sont inclus dans ces protocoles ?
12. Existe-t-il des protocoles pour la prise en charge de la douleur ?
Oui Non
Si oui, quelle est l'échelle d'évaluation utilisée ?
13. Quels sont les traitements antalgiques disponibles ? :
14. Existe-t-il des protocoles de protection des VAS ?
Oui Non

Si oui, avec quel support ?
ML Combitube
IOT Trachéotube
Aucun :

PERSONNEL

15. Tout le personnel infirmier du SAMU/SMUR participe-t-il aux transports sans médecin ?
Oui Non
16. Ce personnel est-il volontaire pour ces missions ?
Oui Non
17. Ce personnel est-t-il « sélectionné » ?
Oui Non
18. Quelles sont les expériences professionnelles pré-requises ?
19. Quelles sont les capacités personnelles recherchées ?
20. Existe-t-il une formation d'adaptation à l'emploi pour intégrer le SMUR ou le SSSM ?
PHTLS ACLS
ATMU D.U.
Formation CESU ou interne au service
Aucune
21. Pensez – vous que cela soit nécessaire ?
Oui Non
Pourquoi ? :

L'INFIRMIER ANESTHESISTE EN PRE – HOSPITALIER SANS MEDECIN

Situation actuelle et perspectives d'avenir

22. Quelles sont les principaux points théoriques et pratiques incluent dans cette formation ? :

23. Existe-t-il une formation propre à l'emploi des protocoles ?

Oui Non

Si oui :Nombre d'heures de cours théoriques :

Nombre d'heures de cours pratiques : :

Qui sont les formateurs ?

24. Pensez – vous que cela soit nécessaire ?

Oui Non

Pourquoi ?

25. Existe-t-il une évaluation périodique et une formation continue de l'usage des protocoles ?

Oui Non

Si oui :Périodicité :

Qui sont les formateurs ?

26. En dehors des transports sans médecin, le SMUR ou le SSSM dispose-t-il d'IADE ?

Oui Non

27. Si oui, ont-t-ils un rôle dans l'organisation des transports sans médecin :

Transports seuls également

Renforts médicalisés

Formation initiale du personnel

Encadrement et évaluation

Départs médicalisés seulement

Aucun rôle

RESUME



Passionné de médecine d'urgence et de médecine de catastrophe, le projet professionnel de l'auteur fait la part belle à l'activité « hors des murs ». Il rentre à l'école d'anesthésie au début du troisième millénaire, à l'époque où la paramédicalisation des secours voit le jour. Il suit de très près la reconnaissance du statut des infirmiers de sapeurs-pompiers et rencontre les instigateurs des premiers vecteurs paramédicalisés mis en place par des SAMU. Il a la chance et le bonheur de côtoyer les pionniers.

Au cours de ses études, l'auteur prend soudain conscience que l'IADE n'est pas un acteur de choix dans cette paramédicalisation naissante et qu'il n'en a pas, contrairement au SMUR, la prédilection.

« Si la paramédicalisation se généralisait, quelle place y trouverait l'IADE ? ».

Pour répondre à cette question, l'auteur identifie les structures qui expérimentent cette paramédicalisation. Il présente les résultats de leurs travaux. Il expose le cadre juridique dans lequel évoluent ces paramédicaux. L'auteur aborde la formation des infirmiers et évoque, sans s'y attarder, la notion de compétences. Pour répondre à la question initiale, l'auteur mêle entretiens et questionnaires puis tente d'en analyser les résultats.

Enfin, l'auteur conclut en présentant la place actuelle de l'IADE dans cette activité sans médecin. Il envisage, par un mélange d'intuitions visionnaires et d'analyses plus objectives, les perspectives d'avenir de cette paramédicalisation et de la place que pourrait y trouver l'IADE.

*L'INFIRMIER ANESTHESISTE EN PRE – HOSPITALIER SANS MEDECIN
Situation actuelle et perspectives d'avenir*

Pascal Schulze – Promotion 2002/2004