



Elève Infirmière Anesthésiste

Promotion : 2009-2011

L'IADE au SMUR

Laetitia JACQUIN



Elève Infirmière Anesthésiste

Promotion : 2009-2011

L'IADE au SMUR

Laetitia JACQUIN

Remerciements

Je tiens à remercier tout particulièrement Monsieur Coudriet Bertrand, cadre infirmier anesthésiste, au SMUR de Reims, pour son implication. Il m'a soutenu tout au long de mon travail et m'a permis de le mener à bien.

Merci à toutes les personnes qui m'ont accompagnée par leurs connaissances, leurs expériences, leur soutien :

- ❖ Mme Wuillaume Sandrine, directrice de l'école d'IADE
- ❖ Mr Bocquet Jean-François, formateur à l'école d'IADE
- ❖ Mme Dethune Catherine, une amie

Merci à tous mes collègues de promotions pour leurs aides et leurs soutiens : Cédric, Peggy, Delphine, Nathalie, Capucine, Sophie, Faridati et Evelyne.

Merci aussi à mon mari et à mes deux garçons. J'ai trouvé dans leurs regards, leur soutien, leur patience, la force et le courage de réussir.



« Une vie ne vaut rien, mais rien ne vaut une vie. »

André Malraux

JACQUIN	Laetitia	
ELEVE INFIRMIERE ANESTHESISTE		
Promotion 2009 – 2011		
L'IADE au SMUR		
Résumé :		
<p>En pré-hospitalier : Pourquoi la prise en charge d'un IADE est-elle « un atout » pour les patients ? Pourquoi « la polyvalence » est-elle un avantage en matière de soins ?</p> <p>Le contenu de la formation théorique comportant de nombreux cours utiles dans les situations d'urgences, la réalisation de stages en pré-hospitalier, et l'acquisition de gestes techniques permettent de servir l'IADE en pré-hospitalier. Il a l'expertise dans le maintien de l'homéostasie : neurologique, respiratoire, y compris dans la gestion des voies aériennes supérieures et cardio-vasculaire, mais aussi dans la gestion de la douleur. Ces compétences s'exercent en anesthésie, en réanimation, et dans l'urgence.</p> <p>L'IADE est le « collaborateur » privilégié du médecin. L'enquête démontre que les médecins sont d'accord à l'unanimité avec ce terme. Il lui attribue aussi une place pour proposer une prise en charge thérapeutique.</p> <p>En exerçant au bloc opératoire, en réanimation, et en pré-hospitalier, l'IADE est « polyvalent ». Cette « polyvalence » lui permet de rester compétent dans ses domaines d'expertises lors des interventions SMUR.</p>		
Mots Clés : Compétence ; polyvalence ; pré-hospitalier ; prise en charge ; collaborateur privilégié.		
L'Ecole d'Infirmier Anesthésiste du C.H.U de Reims n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.		

Sommaire

Liste des sigles utilisés	
Avant-propos	
Introduction	1
1- Historique et définitions	5
1-1 Historique de la médecine pré-hospitalière	5
1-2 Quelques définitions	11
2- Cadre conceptuel	16
2-1 « Concept de compétence »	16
2-2 Notion de « Polyvalence »	18
3- Missions et cadre réglementaire des SAMU	21
3-1 Missions des SAMU	21
3-2 Cadre réglementaire des SAMU	23
4- La formation de l'IADE et le pré-hospitalier	26
4-1 La formation de l'IADE	26
4-2 Spécificité de la formation IADE pour le pré-hospitalier	28

5- Méthode de recueil de données	30
5-1 Choix des lieux et populations concernées	30
5-2 Les difficultés rencontrées	37
6- Présentation et analyse des résultats	37
6-1 Hypothèse 1	37
6-2 Hypothèse 2	44
6-3 Hypothèse 3	47
Conclusion	52
Bibliographie	
Liste des annexes	

Liste des sigles utilisés

CCA : Certificat de Capacité d'Ambulancier

CDAMU : .Comité Départemental de l'Aide Médicale Urgente

CESU : Centre d'Enseignement des Soins d'Urgences

CRRA : Centre de Réception et de Régulation des Appels

DEA : Diplôme d'Etat Ambulancier

DOM : Département d'Outre Mer

IADE : Infirmier¹ Anesthésiste Diplômé d'Etat

IDE : Infirmier² Diplômé d'Etat

ORSEC : Organisation de la Réponse de la Sécurité Civile,

Anciennement *Organisation des SECours*

PARM : Permanencier Auxiliaire de Régulation Médicale

SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente

SFAR : Société Française d'Anesthésie Réanimation

SMUR : Service Médical d'Urgence et de Réanimation

SSPI : Salle Soins Post-Interventionnelle

UMH : Unité Mobile Hospitalière

VML : Véhicule Médical de Liaison

¹ Lire partout : Infirmier ou Infirmière

² Lire partout : Infirmier ou Infirmière

Avant-propos

Ce travail est réalisé au cours de la formation d'IADE. Il est destiné aux personnes intéressées par la prise en charge des patients en pré-hospitalier, et aux infirmières désireuses de devenir IADE pour exercer en pré-hospitalier. Il a pour but de convaincre de l'importance du rôle de l'IADE. Il ne prétend pas être complet, mais apporte des éclaircissements essentiels sur ce sujet. Son objectif est de susciter une réflexion et une prise de conscience.

Après une rétrospective rapide de mon parcours, il est aisé de se rendre compte de mon intérêt pour ce domaine :

J'ai obtenu mon diplôme d'Infirmière en 1999. À ce moment, je voulais exercer dans un service d'urgences/SMUR, pour faire du pré-hospitalier. Je venais de réaliser mon stage pré-professionnel aux urgences/SMUR d'Epernay, et j'en ressortais épanouie. Je souhaitais continuer à apprendre et pratiquer des gestes techniques.

Ce n'est que deux ans après mon diplôme d'Infirmière qu'une proposition pour ce type de poste m'a été faite. J'ai intégré le service des urgences/SMUR du centre hospitalier de Châlons en Champagne. J'y suis restée huit années. Jusqu'à mon départ, j'ai gardé un grand intérêt pour ce service. Malgré tout, mon regard sur le travail avait changé. Après quelques années je me suis rendue compte de l'importance d'approfondir mes connaissances.

Les années ont passé, j'ai deux garçons, qui ont aujourd'hui 2 et 6 ans. Ces étapes de ma vie m'ont fait mûrir sur le plan personnel, et n'ont fait que renforcer ma volonté d'évoluer professionnellement. La difficulté réside dans la capacité de faire avancer les deux avec harmonie. N'ayant jamais perdu de vue mon objectif de devenir IADE, j'ai saisi l'occasion d'intégrer l'école, dès qu'elle m'a été donnée.

Au cours de mon stage au SMUR de Reims, en tant qu'élève IADE, je me suis rendue compte de mon changement de position : Avant, j'intervenais en tant qu'IDE et désormais, me voilà de retour, en situation d'IADE. J'ai constaté que j'avais un statut différent, une place et un rôle différent. Evidemment, je réalisais toujours les prescriptions, mais désormais le médecin me demandait mon avis sur les prises en charge des patients. Une véritable « collaboration » m'était demandée. Je devais réfléchir à ce que je pouvais faire de mieux pour le patient.

Parallèlement, a ressurgi mon attirance pour le pré-hospitalier. Depuis mon départ du SMUR de Châlons, je n'avais pas participé à une intervention avec le SMUR, même si j'avais expérimenté beaucoup d'autres choses toutes aussi intéressantes.

Ainsi mon sujet de mémoire s'offrait à moi comme une évidence : Travailler sur l'intérêt de l'IADE en pré-hospitalier ; démontrer son rôle essentiel dans une bonne prise en charge pour les patients.

Introduction

Pendant mes études d'infirmière, j'ai découvert mon attirance pour le secteur pré-hospitalier. C'est en stage que j'ai connu mes premières interventions SMUR et que je me suis rendue compte que c'était un domaine très intéressant, où la théorie pouvait s'exprimer pleinement. Toutes sortes de soins sont réalisés quotidiennement. C'est un service qui permet de mettre en pratique ce qui a été appris au cours de la formation. Ce secteur apporte des connaissances pratiques et théoriques très riches, de par la présence continue de médecins et la diversité des pathologies rencontrées.

Dès ma sortie de l'école d'infirmière, en 1999, je souhaitais travailler en pré-hospitalier, ce fut mon premier projet professionnel. Cette spécificité, concerne tout ce qui se situe avant l'hôpital, elle implique un mode de pensée, et une approche des événements de santé différents des autres secteurs. Les prises en charge ont lieu à l'extérieur de l'hôpital : C'est l'hôpital, l'équipe médicale et paramédicale qui viennent au patient, et non l'inverse, comme à l'habitude. L'environnement est différent, ainsi que le matériel. Les prises en charge ont lieu dans l'urgence, sous les regards des familles et des badauds. Compétences pratiques et théoriques, ajoutées à l'expérience professionnelle sont nécessaires. Les qualités requises pour ce poste sont : discrétion, pondération, efficacité, sens de la méthode, disponibilité et rapidité. En comparaison aux autres services, c'est surtout l'urgence qui fait la différence. Les actes doivent être réalisés rapidement et efficacement, en faisant abstraction des regards extérieurs.

Ces années d'expériences au SMUR m'ont permis d'acquérir de l'aisance dans certains gestes techniques et d'approfondir mes connaissances. Néanmoins, j'ai vécu des situations au cours desquelles je n'étais pas toujours à l'aise. Je réalisais des actes prescrits que je ne pouvais pas expliquer. Savoir et comprendre ce que je faisais me semblait important, mais il me manquait des connaissances. Avec le temps, répondre à ces interrogations est devenu un besoin pour élever mon niveau de compétences.

Une autre de mes difficultés résidait dans la prise d'initiatives. Le pré-hospitalier est un travail d'équipe. Chaque membre a un rôle bien défini, et le mien était d'exécuter les actes prescrits, il n'y avait pas de véritable collaboration, dans la prise en charge, par exemple, en cas de nécessité d'intubation et de sédation profonde. Concernant mon rôle propre je pouvais préparer le matériel d'intubation, le respirateur, l'aspiration de secours, l'obus d'oxygène, les seringues de sédations... mais je n'avais pas l'expertise de ce matériel, donc la prise en charge m'était difficile.

Un exemple illustrera mieux ce problème. En présence de deux victimes à intuber, seul le médecin a les compétences requises. Cela signifie qu'il doit intuber la première victime (la plus urgente), puis seulement dans un second temps la seconde victime. Par contre, en présence d'un IADE dans l'équipe et seulement après avis médical, le médecin peut confier une victime à l'IADE et prendre en charge la seconde. La prise en charge des victimes est optimisée et la collaboration avec le médecin est bien réelle. Un temps précieux peut être gagné dans la prise en charge, et par conséquent des chances supplémentaires sont données aux victimes.

Face à ces questions sans réponses, et cette impression de frustration, ma motivation pour devenir IADE a commencé à naître.

Comprendre les actes, pouvoir les expliquer, aller plus loin dans la collaboration au sein de l'équipe, accroître mes connaissances pratiques et théoriques dans les domaines de l'anesthésie et de l'urgence sont des éléments auxquels la formation d'IADE permet d'accéder.

Aujourd'hui, je suis en formation IADE, je peux prétendre accéder à toutes ces connaissances, ces pratiques. J'ai réalisé un stage au SMUR et cette nouvelle position m'a permis de trouver les réponses à mes questions. Je n'appréhende plus les situations de la même façon. Je comprends ce que je fais. Il en résulte une meilleure exécution des actes, et ils ont un véritable objectif. Si j'administre un traitement à un patient, je sais pourquoi je lui donne, j'en connais la raison et l'indication, j'en surveille les effets.

Par ailleurs, je connais son mécanisme d'action. Je sais les interactions que ce traitement peut avoir avec les autres pathologies du patient. Tous ces éléments vont m'apporter des informations très importantes, et vont me permettre d'avoir une prise en charge bien adaptée aux patients.

Je pense que l'IADE est le collaborateur du médecin, le plus approprié, en pré-hospitalier. Une équipe de SMUR composée d'un médecin et d'un IADE permet une meilleure prise en charge des victimes.

Les bénéfices d'avoir un IADE dans une équipe en pré-hospitalier sont démontrables par les apports théoriques et pratiques de la formation. La théorie permet une approche de la pratique. De même, l'ensemble des stages réalisés permet une large découverte des différentes pratiques. Ainsi, la corrélation des deux permet une appréhension plus efficace des situations rencontrées.

Pour maintenir ses compétences en pré-hospitalier, l'IADE doit rester polyvalent. Il doit continuer à exercer sur différents sites : bloc opératoire, réanimation... Ces différentes pratiques en anesthésie lui permettent de maintenir ses compétences dans ce domaine.

En m'appuyant sur mon vécu, j'aimerais, par mon travail d'intérêt professionnel, montrer les compétences qu'un IADE peut apporter en pré-hospitalier. Ce cheminement induit les questions suivantes :

En pré-hospitalier :

Pourquoi la prise en charge par un IADE est-elle un atout ?

Pourquoi, « la polyvalence » est-elle un avantage ?

A l'aide d'une enquête, menée par le biais de questionnaires, je vais tenter de vérifier mes trois hypothèses :

- ❖ L'importance de la collaboration IADE/médecin pour une meilleure prise en charge des patients. Cette première hypothèse fera l'objet d'un questionnaire distribué aux médecins régulateurs et urgentistes.
- ❖ L'adéquation entre la qualité de la formation délivrée aux IADE et les apports théoriques et pratiques nécessaires à l'exercice en pré-hospitalier.
- ❖ L'intérêt de la présence d'un IADE en pré-hospitalier, tout en soulignant l'importance de rester polyvalent pour être performant. La polyvalence étant l'exercice sur différents sites (bloc opératoire, réanimation, SSPI, SMUR). Ces deux dernières hypothèses feront l'objet d'un questionnaire distribué aux IADE de différents sites.

Après un rappel historique justifiant les raisons de la création du SMUR, je définirai les termes SAMU, médecin régulateur, SMUR, interventions primaire et secondaire. Je tenterai d'expliquer le « concept de compétence » et le terme de « polyvalence ». Mon exposé s'appuiera sur les textes législatifs qui régissent le SMUR et les IADE. Je nommerai les apports théoriques et pratiques visant à former un IADE, notamment pour exercer en pré-hospitalier.

1- Historique et définitions :

1-1 Historique de la médecine pré-hospitalière :

Déjà au VI^{ème} siècle, l'empereur Mauricius met en place un système de récupération des blessés de guerre. Deux siècles plus tard Avicenne fait de même en extrême Orient.³

Ambroise Paré (1510 - 1590) est un des premiers en France, à instaurer l'idée de déplacer le médecin vers le blessé.

En 1792, création des ambulances volantes de l'armée du Rhin par Percy, chirurgien en chef de la Grande Armée et Larrey chirurgien en chef de la Grande Armée Impériale. L'équipe se composait de trois chirurgiens et un infirmier. Pour la première fois on trouve un médecin dans une ambulance.



Figure 1 : Ambulance Volante

³ <http://smur.sgl.free.fr/Nous/histoire.html>

En 1847, la première anesthésie à l'éther est réalisée. Il est administré à la compresse puis avec différents modèles de masques dont le célèbre masque d'Ombredanne mis au point en 1908.

En 1887 s'installe la première station d'ambulance à l'hôpital Saint-Louis. Un système télégraphique relie la station aux arrondissements à forte densité de population.

En 1889, création des Ambulances Municipales qui disposent d'une infirmière ; elles transportent les malades qui doivent se rendre sans urgence à l'hôpital, elles transportent surtout les patients contagieux. Ces ambulances sont des voitures tirées par un cheval et conduites par un cocher. Il existe un poste central d'appel qui est informé du mouvement des véhicules. Les demandes de transport arrivent à cet endroit et de là partent les « ordres », (terme militaire, utilisé à cette époque). C'est déjà une amorce de la régulation.

Pendant la guerre, 1914-1918, un médecin militaire Britannique, pense que le choc induit par le transport peut être minimisé par l'immobilisation et l'analgésie et qu'il faut conditionner le blessé avant de le transporter.

C'est encore un médecin militaire, en 1924, qui introduit la règle des trois principes : sauvetage, secourisme, soins médicaux. Estimant que les soins doivent aller à la victime et non l'inverse, il s'insurge contre le transport rapide et sans précautions d'une victime évacuée rapidement vers l'hôpital.

En 1930, Santy rapporte d'un voyage aux Etats-Unis un appareil d'anesthésie en circuit fermé, muni de rotamètres pour délivrer un mélange de protoxyde d'azote/oxygène, d'un bac à éther et d'un canister à chaux sodée pour absorber le gaz carbonique expiré. Il a pratiqué avec succès sous anesthésie avec protoxyde d'azote/oxygène et éther, la première lobectomie française, ainsi que la première péricardectomie en 1935.⁴

Pendant la deuxième guerre mondiale, l'armée américaine utilise le Penthotal, le protoxyde d'azote et d'autres anesthésiques volatiles en circuit fermé. La transfusion sanguine et l'intubation sont pratiquées sur place.

Suite à une épidémie de poliomyélite, en France en 1954, des centres de traitements spécialisés sont créés (hôpital Bernard et hôpital des enfants malades). Le professeur Caramez met au point des techniques de ventilation artificielle. Beaucoup de centres ne sont pas équipés de respirateurs et un nombre important de patients insuffisants respiratoires meurent durant leur transport vers les centres spécialisés. L'Assistance publique de Paris va demander au Laboratoire Expérimental de Physique de mettre au point le matériel et les techniques pour que les transports se passent dans de meilleures conditions.

En 1954, le Service Mobile de Réanimation naît. L'équipage se compose d'un médecin, d'un chauffeur et d'une infirmière. (Chauffeur étant le terme utilisé à cette époque, le diplôme d'ambulancier n'existant pas encore).

En 1957, la notion de polytraumatisé est établie et la première unité mobile médicalisée pour le secours aux accidentés de la route est créée.

1960, création de SMUR à Montpellier, Toulouse, Dijon, Nancy. « SOS Nancy », le premier SMUR urbain, est créé en 1962.

⁴ www.samu-de-france.fr/...SAMU/présentation

En 1968, apparition du premier SAMU, au CHR de Toulouse (Pr Lareng). Les SAMU naissent afin de coordonner l'activité des SMUR. Les SAMU comportent un centre de régulation médicale des appels.

1970, création de SMUR dans tous les départements français. Naissance en 1971 du 1er CRRA soit le SAMU 31 Toulouse.

1972, mise en place du SAMU de Paris.

Le 26 mars 1973, est créé le Certificat de Capacité d'Ambulancier (CCA).

Dès 1974 des médecins généralistes libéraux participent à l'activité de régulation médicale en complément des praticiens hospitaliers concepteurs des SAMU.

1977, suite à une catastrophe à Los Alfaques (Espagne) responsable de cent brûlés graves, à rapatrier et à répartir en France, naît le SAMU de FRANCE en relation avec le Ministère des Affaires Étrangères et le Ministère de la Santé.



En 1978, le 15, numéro gratuit d'appel national pour les urgences médicales est créé à la suite d'une décision interministérielle. Ce numéro vient en complément d'autres numéros existants : le 17 pour la police et le 18 pour les pompiers.

En 1980, Simone Veil attribue le 15, au SAMU et à un Comité Départemental de l'Aide Médicale Urgente (CODAMU). La même année naît le premier SMUR pédiatrique.



L'assise réglementaire qui manquait est donnée aux SAMU par la loi du 6 janvier 1986 (décrets du 16 décembre 1987) sur l'Aide Médicale Urgente et les Transports Sanitaires.

La loi n°86-11 du 6 Janvier 1986, relative à l'aide médicale urgente et aux transports sanitaires est mise en place⁵.

« Article 1 : Il est créé dans chaque département un comité de l'aide médicale urgente et des transports sanitaires, présidé par le représentant de l'Etat dans le département et comprenant notamment des représentants des collectivités territoriales ; la composition et le fonctionnement de ce comité sont déterminés par décret en Conseil d'Etat.

Ce comité a pour mission de veiller à la qualité de la distribution de l'aide médicale urgente et à son ajustement aux besoins de la population.

Il doit s'assurer en conséquence de la coopération des personnes physiques et morales participant à l'aide médicale urgente et aux transports sanitaires. »

« Article 2 : L'aide médicale urgente a pour objet, en relation notamment avec les dispositifs communaux et départementaux d'organisation des secours, de faire assurer aux malades, blessés et parturientes, en quelque endroit qu'ils se trouvent, les soins d'urgence appropriés à leur état. »

⁵ Loi n° 86-11 du 6 janvier 1986, relative à l'aide médicale urgente et aux transports sanitaires ; Legifrance. gouv.fr

*« Article L51-1 du code de la santé public : Constitue un transport sanitaire [*définition*], au sens du présent code, tout transport d'une personne malade, blessée ou parturiente, pour des raisons de soins ou de diagnostic, sur prescription médicale ou en cas d'urgence médicale, effectué à l'aide de moyens de transports terrestres, aériens ou maritimes, spécialement adaptés à cet effet. »*



1-2 Quelques définitions :

Les SAMU et les SMUR jouent un rôle central dans l'organisation de la prise en charge pré-hospitalière en France.

Le concept central de l'organisation pré-hospitalière française est d'amener l'hôpital au patient :

- ❖ Par la prise en charge des appels d'urgence par un médecin régulateur
- ❖ Par la prise en charge des urgences vitales sur le terrain par l'envoi d'une équipe de SMUR.

De ce concept découle la nécessité d'accroître la qualification de l'équipe et les moyens matériels. Les ambulances sont équipées de dispositifs de plus en plus perfectionnés. Elles sont conduites par un ambulancier diplômé du CCA. Un médecin est à la tête de l'équipe. Et toujours dans l'optique d'optimiser la prise en charge des patients et d'augmenter la qualification de l'équipe, la présence d'un IADE serait justifiée.

SAMU : (Service d'Aide Médicale Urgente) assure l'écoute des appels d'urgences. Il détermine et déclenche le moyen de réponse le plus rapide et le plus adapté. Il s'occupe aussi de l'hospitalisation éventuelle des patients en utilisant des moyens et des structures aussi bien publiques que privées.

Il n'y a qu'un SAMU par département, y compris dans les DOM. Il siège en général dans un centre hospitalier. Concernant notre département, la Marne, le SAMU se situe à Reims. Notre région en compte trois autres, à Charleville Mézières, Troyes et Chaumont.

Un SAMU se compose d'un CRRA d'un SMUR, et d'un CESU.

Le SAMU dispose d'un Centre de Réception et de Régulation des Appels médicaux (CRRA) doté d'un numéro unique le 15. Les appels sont analysés et la meilleure réponse médicale est recherchée. Ces appels à caractères médicaux sont soumis à des règles strictes permettant une confidentialité en accord avec la déontologie.



Le centre d'enseignement des soins d'urgence est placé sous l'autorité du médecin responsable du service d'aide médicale d'urgence ou d'un praticien hospitalier titulaire exerçant au service d'aide médicale d'urgence, proposé par celui-ci et qui consacre une partie de son activité à l'enseignement au centre d'enseignement des soins d'urgence.

Il est constitué :

- ❖ Du médecin responsable.
- ❖ De personnels d'encadrement, infirmiers, titulaires d'un diplôme validant une formation de l'enseignement supérieur en pédagogie ou d'ingénierie de formation ou de cadre de santé.
- ❖ De personnels enseignants, professionnels de santé en exercice dans une structure de médecine d'urgence des établissements de santé autorisés, ou professionnels de santé en anesthésie-réanimation ou en réanimation ayant validé des unités d'enseignement en pédagogie.
- ❖ De personnels de secrétariat et de tout personnel nécessaire à son fonctionnement.

Les centres d'enseignement des soins d'urgence sont créés au sein des pôles hospitaliers comprenant un service d'aide médicale d'urgence.

Médecin régulateur : Le médecin régulateur est la clé de voûte du système SAMU. Il a pour rôle d'analyser la situation, l'origine de l'appel et de déterminer très rapidement la réponse la plus adaptée à la demande. Cet appel lui est transmis par le PARM (Permanencier Auxiliaire de Régulation Médicale). Le médecin décide au téléphone de l'urgence de la situation et des moyens qu'il doit engager pour y répondre. Ce travail est difficile car l'interprétation téléphonique de l'urgence n'est pas toujours simple, et la gamme des réponses qu'il peut apporter est particulièrement vaste.

La réponse téléphonique est assurée quotidiennement par :

- ❖ 2 à 4 permanenciers auxiliaires de régulation médicale, chargés de la réception et du suivi des appels téléphoniques, présents par roulement de 12 heures.
- ❖ 1 médecin régulateur hospitalier présent 24h sur 24h et 1 à 2 médecins régulateurs généralistes, présents aux heures de la Permanence des Soins.

Trois types d'affaires sont traités en salle de régulation :

- ❖ Les affaires à caractère médical parvenant directement au Centre 15 et correspondant à une demande d'Aide Médicale Urgente ou pour un simple conseil médical, sont prises en charge par le permanencier puis par l'un ou l'autre des médecins régulateurs.
- ❖ Les affaires transmises par le Centre de Traitement de l'Alerte CTA.
- ❖ Les demandes de renseignements (Pharmacie, Dentiste de garde, ...) traitées par les permanenciers seuls, sans régulation médicale. Ce système correspond à « *la permanence des soins* » dont notre pays est garant.

Ainsi, le médecin régulateur peut donner par téléphone un simple conseil médical, il peut envoyer au chevet de la victime un médecin généraliste, un médecin faisant partie du tour de garde. Il peut dépêcher sur les lieux une ambulance simple (ambulance agréée sans médecin) ou une équipe de pompiers. Dans les cas les plus graves, c'est-à-dire lorsqu'il existe une détresse vitale patente ou suspectée, le médecin régulateur décide alors de l'envoi d'une équipe de réanimation pré-hospitalière d'un SMUR.

La régulation comprend aussi le devenir du patient. Après accord d'un médecin du service hospitalier, le patient pris en charge par l'unité de SMUR peut être admis soit directement dans un service hospitalier où la thérapeutique entreprise à la phase pré-hospitalière sera complétée efficacement, soit dans un service d'accueil des urgences.

SMUR : Les SMUR (Services Mobiles d'Urgences et de Réanimation) constituent le moyen opérationnel le plus lourd du SAMU sur le terrain. Le SMUR est un service hospitalier dont le but est de déplacer les moyens médicaux de l'hôpital au contact des malades ou des blessés présentant une détresse vitale à l'extérieur de l'hôpital. Le SMUR intervient auprès des patients atteints de pathologies graves ou potentiellement graves. Il établit un diagnostic, commence la thérapeutique et évalue la gravité **sur le terrain** ; enfin il assure le transport vers une unité hospitalière adaptée.

Les conditions de fonctionnement des SMUR, la composition des équipes et leurs modalités d'intervention sont déterminées réglementairement.⁶

« Article D712-71- Créé par Décret n°97-620 du 30 mai 1997 - art. 1 JORF 1er juin 1997.

Lors de chaque intervention, la composition de l'équipe du service mobile d'urgence et de réanimation est déterminée par le médecin responsable du service mobile d'urgence et de réanimation, en liaison avec le médecin régulateur du service d'aide médicale urgente auquel l'appel est parvenu. Cette équipe comprend au moins deux personnes, dont le responsable médical de l'intervention. Pour les interventions qui requièrent l'utilisation de techniques de réanimation, cette équipe comporte trois personnes, dont le responsable médical de l'intervention et un infirmier. »

⁶ 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 œuvre des services mobiles d'urgence et de réanimation et modifiant le code de la santé publique (troisième partie : Décrets)

La composition de l'équipe SMUR correspond au moyen le plus lourd à la disposition du médecin régulateur. Cette équipe est composée d'un médecin, d'un ambulancier et d'un infirmier ou d'un infirmier anesthésiste. Il appartient au médecin de l'équipe SMUR de composer son équipe et de choisir le véhicule. Les moyens mis à sa disposition sont prépondérants dans sa décision. Sachant que tous les SMUR ne possèdent pas plusieurs véhicules, et la présence d'IADE n'est pas systématique.

Intervention primaire : Le système français de prise en charge pré-hospitalière des urgences repose sur le principe de la médicalisation, c'est-à-dire de l'intervention sur les lieux de l'évènement, d'une équipe comprenant un médecin.

Ainsi c'est le déplacement des soins vers le patient en état critique qui est privilégié plutôt que le transport rapide vers la structure la plus proche. L'intervention d'un SMUR est la concrétisation de cette prise en charge.

Intervention secondaire : (Transports médicalisés inter et intra-hospitalier) Elle fait partie des missions du SMUR. Elle s'adresse à des patients présentant une détresse vitale patente ou potentielle. Ce transfert est motivé par la nécessité de donner au patient un environnement adapté à sa situation ou par la nécessité d'obtenir un examen complémentaire spécifique.

Lors de ce transfert et quelque soit la distance et le type de moyen de transport utilisé, le patient doit bénéficier de la même qualité de soins et de surveillance que dans un service hospitalier.

Afin que la continuité des soins soit respectée et que la sécurité des patients soit assurée, les équipes médicales doivent être formées et entraînées à ce type de transport qui nécessite le respect de règles strictes.

2- Cadre conceptuel :

2-1 « Concept de compétence » :

Selon Guy Le Boterf , spécialiste du management et du développement des compétences :

« La compétence ne réside pas dans les ressources (connaissances, capacités) à mobiliser mais dans la mobilisation de ces ressources. Elle est de l'ordre du savoir mobiliser. C'est en mettant en œuvre la compétence qu'on devient compétent. Elle suppose la capacité d'apprendre et de s'adapter. C'est aussi un savoir transférer. »⁷

Il distingue plusieurs domaines de savoir :

- Savoirs théoriques (savoir comprendre, savoir interpréter),
- Savoirs procéduraux (savoir comment procéder),
- Savoir-faire procéduraux (savoir procéder, savoir opérer),
- Savoir-faire expérientiels (savoir y faire, savoir se conduire),
- Savoir-faire sociaux (savoir se comporter, savoir se conduire),
- Savoir-faire cognitifs (savoir traiter de l'information, savoir raisonner, savoir nommer ce que l'on fait, savoir apprendre).

Qu'est-ce qu'une compétence individuelle ?

« La compétence est une certaine combinaison de capacités ou d'aptitudes pour résoudre un problème donné. »⁸ Il s'agit d'un « savoir-agir » qui est la combinaison, et non l'addition, de savoirs divers en situation de travail : savoir-mobiliser, savoir-intégrer, savoir-transférer.

⁷ www.guyleboterf-conseil.com/articlesenligne.fr.htm

⁸ www.guyleboterf-conseil.com/articlesenligne.fr.htm

La compétence est dans la mobilisation des connaissances. Le savoir-agir intègre le savoir-faire. Pour l'individu, c'est passer du savoir-faire au savoir-agir en particulier dans les situations imprévisibles.

Qu'est-ce qu'une compétence collective ?

Elle est plus que la somme des compétences d'individus formant un groupe. En ce qui nous concerne, la notion de compétence collective, représente l'équipe SMUR, avec chacun des membres : médecin, ambulancier, et IADE ou IDE.

Guy Le Boterf distingue 3 niveaux :

1- l'équipe : une compétence collective se développe dans une équipe si ses membres savent tirer des leçons ensemble ou élaborer une représentation commune des problèmes rencontrés, ou encore instaurer des schémas coopératifs d'activité.

- ❖ Exemple : Si l'on considère les membres d'une équipe SMUR, on distingue trois niveaux de compétences, (Médecin, IADE ou IDE, ambulancier). Pour obtenir et maintenir un niveau de compétence, il faut identifier les problèmes rencontrés et travailler ensemble sur de nouveaux projets y répondant.

2- les réseaux de compétences : une entreprise ou une organisation repose sur une chaîne de compétences qui doivent être repérées (« cartographie des compétences »)⁹. Les compétences des uns et des autres forment un « maillage » de compétences. Les plans de formation ne doivent plus être pensés par catégorie de personnels mais de façon cohérente entre les personnels.

- ❖ Exemple : Un cadre de santé repère l'expertise des membres de son équipe, ainsi que ses besoins. Il en établit un plan de formation en utilisant les ressources de son équipe.

⁹ www.guyleboterf-conseil.com/articlesenligne/fr.htm

3- la combinaison: il peut y avoir correspondance entre des types de situations professionnelles et des types de compétences. Il faut donc penser les compétences non pas en terme d'addition mais en terme de combinaison. La combinaison est dans la mobilisation des savoirs.

- ❖ Exemple : Un IADE est formé pour réaliser une anesthésie générale, il reçoit aussi une formation sur la physiopathologie d'un polytraumatisé. En mobilisant ses deux savoirs, il sera capable d'effectuer une anesthésie conservant l'homéostasie d'un patient polytraumatisé.

2-2 Notion de Polyvalence :

Polyvalent se dit d'une personne capable d'exécuter différentes tâches, d'occuper différentes fonctions. Caractère de ce qui offre plusieurs possibilités. Qualité d'une personne qui a des capacités, des fonctions diverses.¹⁰

La polyvalence professionnelle existe depuis longtemps, faisant apparaître des notions originales avec le décloisonnement qu'elle représente, résultats d'un subtil compromis d'efficience et d'ouverture pour atteindre les objectifs fixés et relever des défis majeurs. Pour certains salariés, c'est la possibilité de se mouvoir sur des champs d'activités professionnels autres que ceux habituellement dévolus par leur travail ou leurs métiers.

La polyvalence organisée, elle, est systématiquement recherchée, soit par la structure, soit par le salarié, soit par les deux. Elle présente la caractéristique d'une non spontanéité, fruit d'une négociation, d'une collaboration en vue de l'atteinte des mêmes objectifs. Son mode d'organisation du travail est différent.

¹⁰ Le petit Robert dictionnaire de la langue Françaises ; édition 2000

La polyvalence peut être de poste ou de métier : dans les deux cas, elle élargit la palette d'activités. La polyvalence de poste a une portée plus courte que celle de métier et ne peut se concevoir qu'à l'intérieur de la structure. Dans ce cas, le salarié ne change pas véritablement de métier, c'est la forme qui se rapproche le plus de la multivalence et celle qui nous intéresse pour la profession d'IADE.

L'organisation de l'hôpital en pôles d'activités répond à trois objectifs majeurs : améliorer le service rendu au patient, optimiser l'efficacité de l'établissement grâce, notamment au principe de mutualisation des ressources, et au contrôle des coûts. Elle participe aussi au développement d'une pratique collégiale dans la prise en charge des patients en regroupant des compétences diverses, complémentaires et cohérentes.

Une étude rapportée en 2002 sur la perception de la polyvalence par les infirmières, montre que ce qui est perçu comme négatif pour certaines, semble être un aspect positif pour d'autres. Les axes majeurs de discussion ciblent :

- ❖ La dimension collective : en quoi la polyvalence facilite ou au contraire ne favorise pas la coopération et l'intégration dans l'équipe.
- ❖ Une expression plus individuelle de confiance en soi, d'adaptabilité à des situations inédites et de prise d'initiative que chacun, selon sa personnalité, vit comme une situation de stress, voire d'insécurité. Le problème de la compétence est perçu comme un enrichissement professionnel ou, à l'inverse, comme une insuffisance génératrice d'anxiété.¹¹

Il semblerait que la polyvalence permette d'avoir des professionnels capables de réagir efficacement à des situations de soins, plutôt que des infirmières réalisant des actes techniques dépourvus de sens. L'intérêt de partager des compétences interdisciplinaires pour répondre à une qualité de soins est essentiel.

¹¹ Françoise Laurent. La polyvalence au sein du pôle, gageure ou réalité ? La revue de l'Infirmière, n°135, Novembre 2007, pages 22- 23.

Dans un contexte hospitalier en mouvance, où le maître-mot de l'organisation est l'efficience et la qualité, la notion de valeurs humaines doit aussi s'ajouter pour que notre mission de soin soit accomplie avec professionnalisme et humanité.

La polyvalence n'a pour but que d'optimiser les compétences de l'IADE en pré-hospitalier. Son objectif étant de permettre aux IADE d'exercer sur différents site et à différents postes (réanimation, SSPI), afin de préserver ses connaissances pratiques. Au bloc opératoire les IADE exercent dans diverses spécialités (pédiatrie, gynécologie, obstétrique, digestif, orthopédie) et divers terrains (hypertendu, diabétique, insuffisant respiratoire, anxieux,...). Cela permet aux IADE de garder une maîtrise des gestes (savoir faire), des compétences (savoir agir) durant les interventions de SMUR. Ainsi l'IADE conserve son expertise dans la restauration et le maintien de l'homéostasie en pré-hospitalier comme au bloc opératoire.

Exemple : Un IADE en pré-hospitalier intube et sédate un enfant peu souvent. Ces situations peuvent être difficiles à appréhender pour un IADE ne faisant que du SMUR. Par contre, si ce même IADE travaille régulièrement au bloc pédiatrique, ou bien au bloc général avec des interventions sur enfants (par exemple : amygdales, végétations), ces situations lui seront plus aisées à gérer. On comprend alors, qu'il s'agit bien de maintenir des compétences pour les mettre ensuite en application en pré-hospitalier.

3 Missions et cadre réglementaire des SAMU :

3-1 Missions des SAMU :

L'organisation française de la médecine d'urgence pré-hospitalière a pour particularité d'engager la présence d'un médecin à tous les niveaux de prise en charge de l'urgence, de l'appel au centre de régulation à l'intervention sur le terrain de la détresse.

Deux principes complémentaires régissent cette organisation :

- Tous les appels d'urgence doivent recevoir la réponse la plus adaptée dans les meilleurs délais. C'est le concept de l'optimisation des ressources.
- Un médecin, compétent en médecine d'urgence et formé à la régulation médicale est le plus à même d'atteindre cet objectif.

Ces missions sont précisées par la loi de 1986¹² : Les Services d'Aide Médicale Urgente sont des services hospitaliers qui assurent une écoute médicale permanente, qui déterminent et déclenchent, dans les délais les plus brefs, la réponse la plus adaptée à la nature de l'appel :

- conseil médical
- ambulance privée
- médecin généraliste
- ambulance de réanimation (Unité Mobile Hospitalière), véhicule d'intervention rapide ou hélicoptère sanitaire pour les cas les plus graves de gestion d'une situation de crise avec victimes en grand nombre.



¹² Décret n°87-1005 du 16 Décembre 1987 relatif aux missions et à l'organisation des unités participant au service d'aide médicale urgente appelés : SAMU.

Les SAMU doivent s'assurer de la disponibilité des moyens d'hospitalisation publics ou privés en respectant le libre choix du patient.

Le transport des patients en milieu hospitalier a lieu avec les moyens les plus adaptés.

Ils organisent l'accueil hospitalier des patients orientés vers la structure de soins adaptée à la pathologie à traiter. Ils participent à l'élaboration et au déroulement des plans de secours, en particulier lors des grands rassemblements de foule et accidents impliquant un grand nombre de victimes.

Ils assurent l'enseignement de la médecine d'urgence et la formation des personnels de santé aux gestes et techniques d'urgence.

Le concept français de régulation médicale permet d'optimiser les moyens des SAMU et de déclencher seulement dans les cas les plus graves et pour les détresses vitales une ambulance de réanimation (Unité Mobile Hospitalière) qui intervient avec à son bord un médecin anesthésiste ou un médecin formé à la médecine d'urgence. Il y a un SAMU par département français (en moyenne 500 000 habitants par département) soit une centaine au total, et environ 350 SMUR répartis sur l'ensemble du territoire

3-2 Cadre réglementaire des SAMU :

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 œuvre des services mobiles d'urgence et de réanimation¹³ :

"Art. D. 712-66. - Lorsque l'établissement autorisé à faire fonctionner un service mobile d'urgence et de réanimation comporte un service d'aide médicale urgente appelé SAMU, le SAMU et le service mobile d'urgence et de réanimation sont placés sous une autorité médicale unique. »

Il me semble nécessaire de citer cet article, car il ne faut pas perdre de vue qu'au sommet de la pyramide siège un médecin. Son avis et sa prise de position sont très importants, notamment concernant la place qu'il donne à l'IADE.

"Art. D. 712-71. - Lors de chaque intervention, la composition du service mobile d'urgence et de réanimation est déterminée par le médecin responsable du service mobile d'urgence et de réanimation, en liaison avec le médecin régulateur du service d'aide médicale urgente auquel l'appel est parvenu. Cette équipe comprend au moins deux personnes, dont le responsable médical de l'intervention. Pour les interventions qui requièrent l'utilisation de techniques de réanimation, cette équipe comporte trois personnes, dont le responsable médical de l'intervention et un infirmier.

¹³ Décret n° 97-620 du 30 Mai 1997 relatif aux conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les établissements de santé.

On lit dans cet article que les membres de l'équipe sont déterminés par le médecin responsable du SAMU en accord avec le médecin régulateur. L'équipe doit comporter trois personnes, dont obligatoirement un médecin et un infirmier. Il n'est pas précisé un infirmier anesthésiste. Le terme utilisé, « *infirmier* », sous entend un infirmier diplômé d'état, et peut inclure un infirmier diplômé d'état en anesthésie, mais aussi une puéricultrice, une sage-femme, un cadre de santé....

La décision de la composition de l'équipe revient au médecin du service. Il peut décider, pour une intervention de faire sortir avec le médecin, un IDE ou un IADE. (Il ne faut pas oublier qu'il y a des SAMU qui ne possèdent pas d'IADE), en fonction des moyens qu'il possède à disposition, (matériel et personnel qualifié).

Le décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004 relatif aux parties IV et V, précise que « Les transports sanitaires mentionnés à l'article R. 4311-10 sont réalisés en priorité par l'infirmier ou l'infirmière anesthésiste diplômé d'Etat. »¹⁴

Cet article est très important, car il donne clairement la priorité aux IADE pour les transports sanitaires. Même si la priorité ne signifie pas l'exclusivité, la réglementation française reconnaît bien là des compétences privilégiées à l'IADE.

La Société Française d'Anesthésie et de Réanimation (SFAR)¹⁵ là encore note la priorité (mais non l'exclusivité) de l'IADE pour les transports médicalisés. (Février 1994, Membres du groupe de travail Ad Hoc) :

¹⁴ Décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004 relatif aux parties IV et V : ANNEXE

¹⁵ www.sfar.org

« V - Personnels de l'équipe de transfert

Hormis le conducteur ambulancier ou le pilote de l'engin, l'équipe du transfert médicalisé comprend un médecin et un aide.

Les compétences du médecin doivent être adaptées à l'état du patient et aux circonstances du transport. L'aide est représenté au mieux par un infirmier anesthésiste diplômé d'état, un infirmier diplômé d'état ou à défaut par un auxiliaire de santé. Cette équipe pourra être complétée par un médecin et/ou un auxiliaire en formation.

Le médecin qui effectue le transfert :

- connaît, recense et vérifie le matériel nécessaire au transport ;*
- organise le travail de l'équipe ;*
- évalue le patient, informe le médecin régulateur ;*
- prodigue les soins nécessités par l'état du patient ;*
- est chargé de la surveillance du patient et s'assure de la continuité des soins spécialisés pendant le transport ;*
- rédige le compte rendu de transfert et rend compte au médecin régulateur.*

Dans le cas où les unités assurant les transferts inter-hospitaliers médicalisés ne seraient pas conformes à ces recommandations, la SFAR conseille aux médecins responsables de réaliser en accord avec les services administratifs concernés un plan permettant leur mise en conformité au plus tard le 1er mars 1994. »

4- La formation de l'IADE et le pré-hospitalier :

4- 1 la formation de l'IADE :

Selon le Décret du 17 Janvier 2002¹⁶, relatif à la formation conduisant au diplôme d'état d'Infirmier anesthésiste :

Les missions des écoles d'Infirmiers anesthésistes sont de former à la polyvalence des soins infirmiers dans les domaines de l'anesthésie, de la réanimation, des urgences et de la douleur. Ces spécialités intéressent le pré-hospitalier, et constituent un avantage formatif pour l'exercice du SMUR.

Pour être admis à suivre l'enseignement sanctionné par le diplôme d'état d'infirmier Anesthésiste, les candidats doivent :

« Justifier de deux années minimum d'exercice, en équivalent temps plein, soit de la profession d'Infirmier, soit de la profession de sage femme, au premier janvier de l'année du concours.

Avoir subi avec succès les épreuves d'admission à la formation préparant au diplôme d'Etat d'Infirmier Anesthésiste, organisé par chaque école agréée, sous la responsabilité du préfet de région. »¹⁷

¹⁶ Arrêté du 17 Janvier 2002 relatif à la formation conduisant au diplôme d'Etat d'Infirmier Anesthésiste.

¹⁷ Arrêté du 17 Janvier 2002 relatif à la formation conduisant au diplôme d'Etat d'Infirmier Anesthésiste.

L'âge moyen d'obtention du diplôme d'IADE est de 30 ans et demi¹⁸. Les IADE représentent une population avec un vécu et de l'expérience personnelle. Ils ont une capacité à faire face aux situations imprévues. La durée moyenne entre l'obtention du diplôme d'IDE et de celui d'IADE est de 7 ans et demi. La majorité des IADE est issue des services de réanimation, urgences/SMUR et Salle Soins Post Interventionnelle(SSPI).Ce sont des services aux techniques pointues. Pendant ces années, les futurs IADE ont capitalisé des connaissances spécifiques. Ce patrimoine est mis à profit dans le cadre de la fonction IADE.

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

Cette formation à temps plein, d'une durée de 24 mois, inclue 700 heures d'enseignement théorique, de travaux pratique et dirigé, 70 semaines de stages, 4 semaines de travail personnel. Elle s'appuie sur trois concepts :

- ❖ Formation d'adulte
- ❖ Formation par alternance
- ❖ Formation professionnalisante.

A son issue, l'élève doit être capable de participer à la prise en charge pré-hospitalière de tout patient présentant une détresse ou un traumatisme et effectuer la surveillance et les soins de ce patient au cours du transport.

¹⁸ sofia.medicalistes.org/.../specificites_du_IADE_en_SMUR.pdf

4-2 La formation de l'IADE et le pré-hospitalier :

Contenu théorique :

La formation concernant le SAMU/SMUR comprend entre 4 et 8 semaines de formation théorique et un stage en deuxième année de 7 semaines. Le contenu théorique comprend :

- ❖ la prise en charge pré-hospitalière, d'un patient brûlé, (bilan, anesthésie, réanimation).

- ❖ Organisation de l'aide médicale d'urgence : Plan ORSEC, plan Blanc, plan rouge, organisation du SAMU - SMUR, S.A.M.U. mondial, accueil des blessés en quantité massive, secours dans des situations particulières, mer, montagne.

Ces différentes formations permettent de préparer l'IADE à la prise en charge de plusieurs victimes et appréhender les situations de catastrophes.

- ❖ Etats de détresse : bilan, prise en charge pré-hospitalière, transport et accueil hospitalier : détresse respiratoire, détresse cardio-vasculaire, détresse neurologique, détresse métabolique.

Pour ces domaines, l'IADE, par ses connaissances physiologiques, médicamenteuses et pathologiques peut surveiller et appréhender les patients dans leurs globalités.

- ❖ Traumatismes : bilan, prise en charge pré-hospitalière, transport et accueil hospitalier : plaie par balle et arme blanche, compression prolongée, délabrement, traumatisme crânien et rachidien, traumatisme thoracique, traumatisme des membres, traumatisme abdominal, polytraumatisé.

Dans ces différents types d'interventions, l'IADE peut faire valoir ses connaissances au service des patients. Il a notamment l'expertise des voies aériennes. Pour la prise en charge de la douleur, il sait ce qu'il doit surveiller, il connaît les traitements utilisés.

- ❖ Anesthésie dans le cadre de l'urgence : anesthésie pré-hospitalière, anesthésie du polytraumatisé, anesthésie du patient en état de choc, anesthésie en urgence.

L'anesthésie fait partie des compétences de l'IADE. Il connaît les produits, leurs actions, leurs effets secondaires, leurs modes d'actions...Il peut ainsi anticiper dans la prise en charge des patients.

5- Méthode de recueil de données :

5-1 Choix des lieux et populations concernées :

L'objectif de ce travail demande une méthode d'enquête par questionnaires. Il a pour but de développer une compétence clinique spécifique, sous délégation et supervision médicale, ainsi qu'un accroissement des rôles d'organisation, de réalisation des soins spécialisée, d'encadrement et de recherche. L'objectif pédagogique est de percevoir un problème dans le champ professionnel, d'organiser une recherche, intégrer des données théoriques, exploiter sa propre expérience, et s'impliquer dans un travail personnel. Il aboutit à une analyse personnelle engagée et engageante.

Pour vérifier mes hypothèses, j'ai interrogé deux catégories de personnes. Les Infirmiers anesthésistes et les médecins urgentistes, tous ayant pour point commun un exercice en pré-hospitalier.

J'ai choisi de questionner les médecins pour savoir ce qu'ils attendent d'un IADE en pré-hospitalier et s'ils les considèrent comme des « collaborateurs » privilégiés. Les médecins sont témoins des prises en charge faites par les IADE, par conséquent leurs avis me semblent importants.

Pour vérifier l'existence et l'importance de « la collaboration » médecins/infirmiers Anesthésistes, j'ai pensé que les médecins étaient les plus aptes à témoigner. C'est pour vérifier cette hypothèse qu'un questionnaire leur a été destiné. Nous verrons au cours de l'analyse si ce choix fut judicieux et, à posteriori, ce qu'il serait préférable de faire.

Pour tenter de vérifier la seconde hypothèse, à savoir montrer les bénéfices d'avoir un IADE au sein de l'équipe, notamment par l'apport de ses connaissances théoriques et pratiques, j'ai choisi d'interroger les IADE exerçant en pré-hospitalier (à temps complet ou partiel). Il aurait été intéressant de questionner les premiers concernés, à savoir, les patients. Seulement, il est difficile pour un patient ou sa famille de discerner ce qu'a apporté une personne au sein d'une équipe. Chaque membre n'est pas simple à identifier, de part la tenue vestimentaire (tous en blanc) et le contexte d'urgence dans lequel il intervient.

Concernant ma troisième hypothèse : l'importance de la polyvalence pour rester compétent en pré-hospitalier, j'ai aussi interrogé les IADE. Exerçant en pré-hospitalier, eux mêmes vont m'aider à vérifier cette hypothèse.

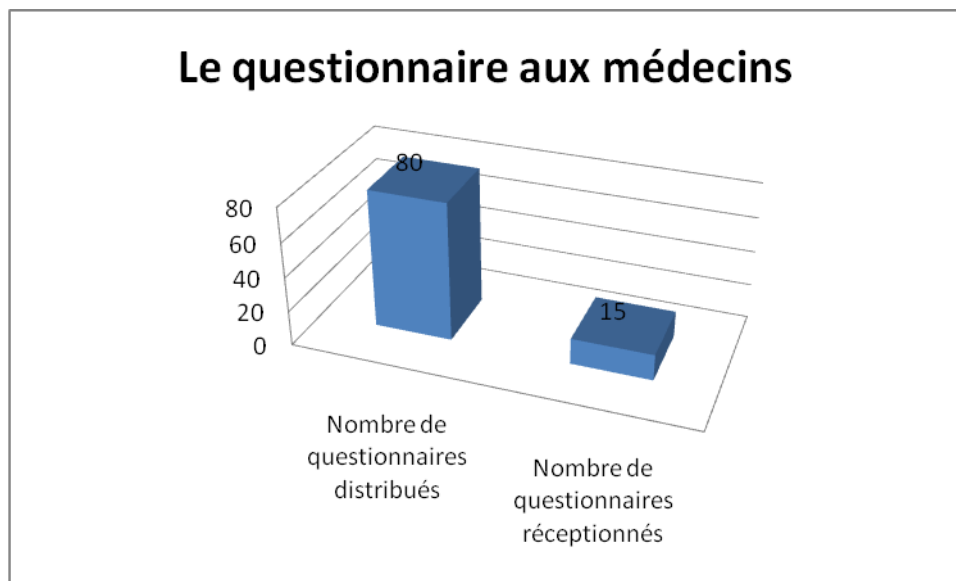
Les questionnaires ont été distribués dans un SMUR et trois SAMU. Ce choix se justifie car ses quatre centres hospitaliers ont des Infirmier Anesthésistes au sein de leur SMUR. Les questionnaires sont anonymes, par conséquent les personnes ne peuvent être retrouvées et les déclarations ne peuvent être vérifiées.

Le questionnaire médical comporte cinq questions, trois à réponses fermées, seules deux offrent la possibilité de donner des explications particulières. Le questionnaire IADE comporte huit questions, six fermées, et deux avec la possibilité de donner des explications supplémentaires. La question cinq est à choix multiples, et la question huit est décomposée en deux sous questions, qui imposent deux réponses bien distinctes.

Activité des établissements choisis :¹⁹

Intervention SMUR primaires	Intervention SMUR secondaires	Actes intra-hospitalier
1766	Terrestre : 435 Aériennes : 47	218
1050	243	non renseigné
2073	Terrestre : 385	255
Terrestres : 4463 Aériennes : 36	Terrestre : 883 Aériennes : 269	473

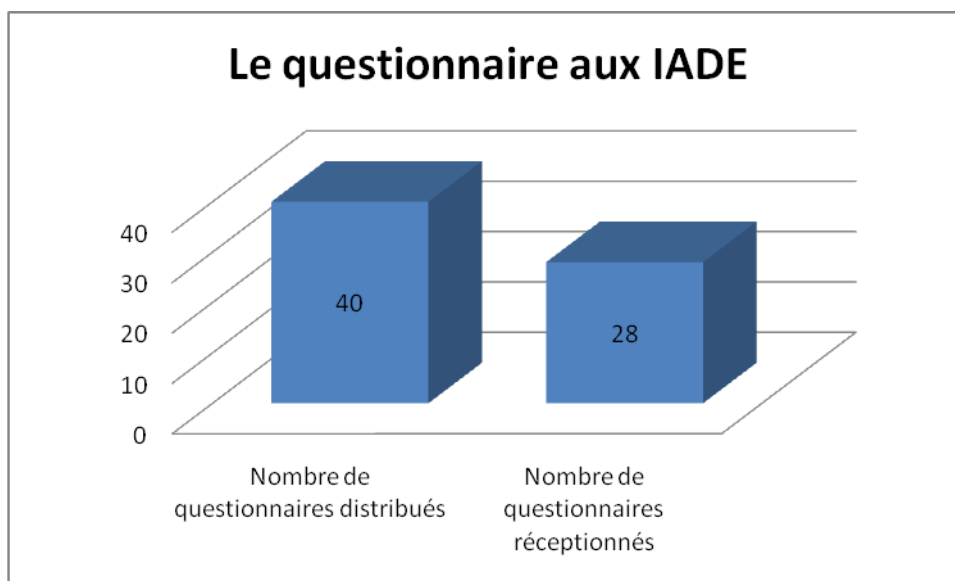
¹⁹ Guide 2009 des SAMU et SMUR de France ; Edition 2009 ; 268 pages



Le questionnaire qui s'adressait aux médecins exerçant en pré-hospitalier, des centres hospitaliers précédent, concernait au total 80 personnes. Cela comprend des médecins urgentistes, généralistes, attachés à temps partiel ou temps complet.

Sur 80 questionnaires distribués, 15 m'ont été retournés, soit 20% de participation. Ce chiffre peut vouloir dire que les questionnaires n'ont peut être pas été laissés à disposition assez longtemps (trois semaines). Beaucoup de médecins font des vacances une fois par semaine ou sont à temps partiel, il leur a donc été difficile de répondre à ce questionnaire. Ce manque de participation peut aussi signifier un manque d'implication pour ce genre de travaux.

Tout ceci n'est que supposition. Il aurait été préférable de se rendre personnellement sur les lieux pour en faire la distribution. De plus une diffusion à plus grande échelle aurait permis une meilleure fiabilité des résultats. Les réponses retournées permettront tout de même de concrétiser une réflexion, d'ébaucher des hypothèses. Cependant, il faudra se garder de conclusions hâtives en raison du panel peu important de l'enquête.



Le questionnaire qui s'adressait aux IADE exerçant en pré-hospitalier concernait, au total 40 IADE. Sur 40, 28 questionnaires m'ont été retournés. Cela représente 70% de participation. Les IADE ont eu deux semaines pour répondre. Le taux de participation témoigne d'un investissement pour ce genre de travail et d'un intérêt pour le sujet.

Afin de connaître l'évolution de la population IADE en SMUR, à l'aide d'un article, j'ai réalisé une étude en parallèle.²⁰ Cet article répertoriait le nombre de SMUR fonctionnant avec IADE en 1999 et 2001.

Pour l'année 1999, sur les 343 SMUR répertoriés sur le territoire administratif français, 78 déclarent fonctionner avec des IADE, soit 22,74%.

Pour l'année 2001, sur les 377 SMUR répertoriés, 140 déclarent fonctionner avec des IADE, soit 37,13%.

²⁰ Séverine MOUCHET. Quel SMUR pour le choix d'un IADE ? *Oxymag*, n°73, Décembre 2003, pages 23- 24.

A l'aide du guide des SAMU et SMUR de France 2009²¹, j'ai pu compter les SMUR fonctionnant avec IADE. (A savoir que les données dans ce guide représentent les effectifs de 2007.) Pour l'année 2007, sur les 350 SMUR répertoriés sur le territoire administratif français, 74 déclarent fonctionner avec des IADE, c'est-à-dire, seulement 21,14%.

Année	Nombre de SMUR fonctionnant avec IADE
1999	22,74%
2001	37,07%
2007	21,14%

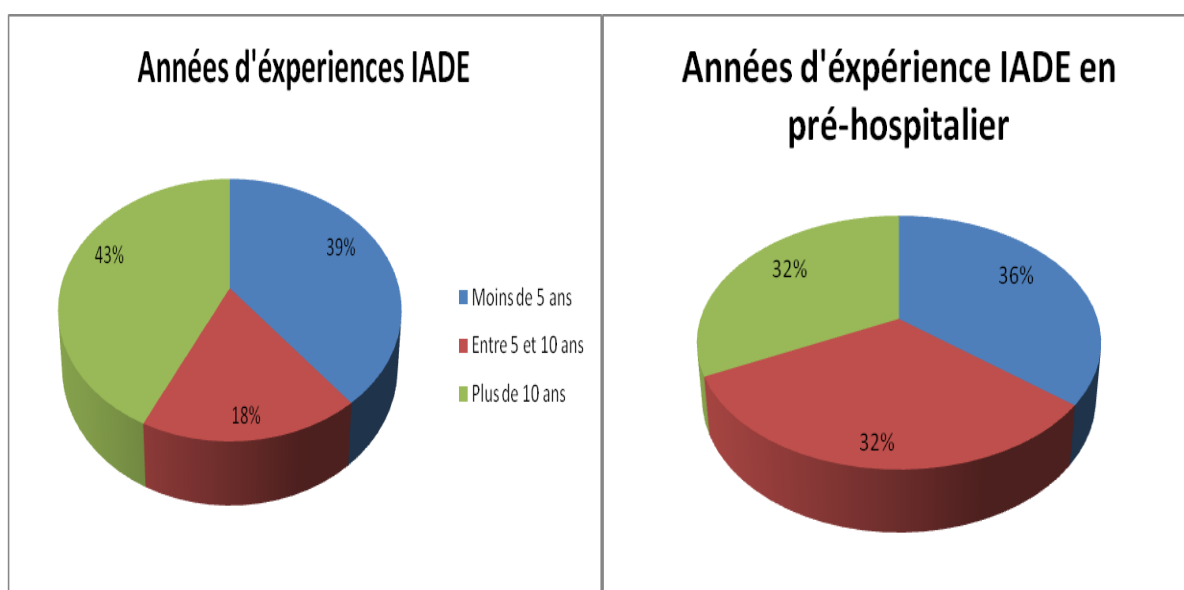
Entre les deux études de l'article et la mienne, on constate que le nombre d'IADE en pré-hospitalier a régressé. Pourtant en 2003, avec l'apparition du décret n°2002-194, article 10, donnant la priorité aux IADE pour les transports sanitaires, tout laissait penser que l'évolution allait continuer à croître.

²¹ Guide 2009 des SAMU et SMUR de France ; Edition 2009 ; 268 pages

Répartition et analyse de la population interrogée :

- Question n°1 : Depuis combien d'années êtes-vous diplômé(e) en tant qu'IADE ?
 - Moins de 5 ans
 - Entre 5 et 10 ans
 - Plus de 10 ans

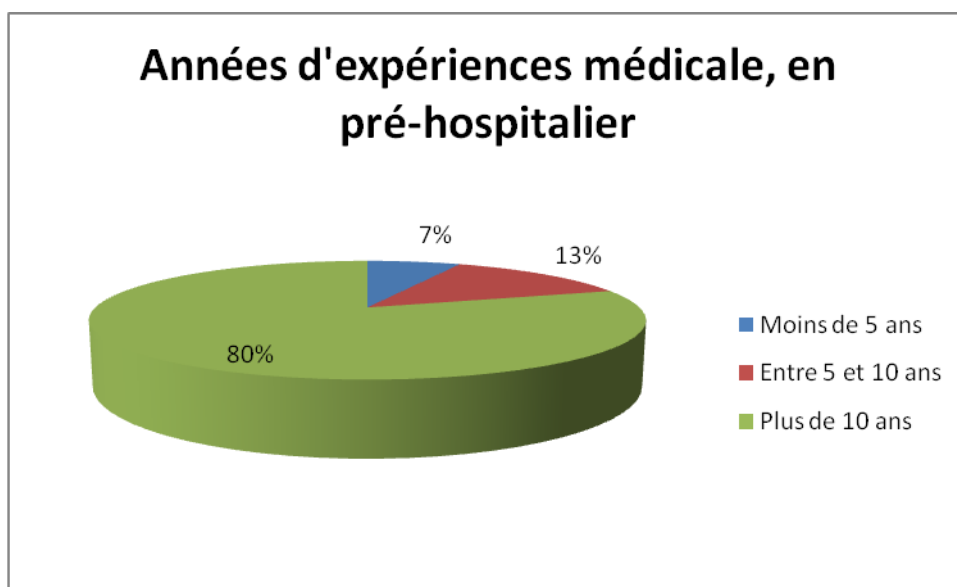
- Question n°2 : Depuis combien d'années exercez-vous en pré-hospitalier ? (Question aux IADE)
 - Moins de 5 ans
 - Entre 5 et 10 ans
 - Plus de 10 ans



L'expérience IADE se découpe en trois parties. Une partie possède une très grande expérience, plus de 10 ans. Une autre partie possède une expérience moyenne, entre 5 et 10 ans. Et la troisième partie présente moins de 5 ans d'expérience. La population interrogée comprend des personnes expérimentées et d'autres qui le sont moins. Ces paramètres sont à prendre en considération car ils peuvent influencer sur les réponses aux questions données. L'expérience apportant une certaine maturité, les réponses données seront le reflet d'années de travail.

Seule une minorité, 11% n'a pas commencé son exercice d'IADE en faisant du SMUR. La majorité a commencé à travailler en tant qu'IADE en faisant du SMUR, tout en exerçant sur d'autres sites ou non.

- Question n°1 : Depuis combien de temps exercez-vous en pré-hospitalier ? (Question aux médecins)
 - Moins de 5 ans
 - Entre 5 et 10 ans
 - Plus de 10 ans



Les résultats sont différents pour les médecins. 80% d'entre eux ont plus de 10 ans d'expérience en pré-hospitalier. Cette grande expérience apporte un certain confort pour leur pratique quotidienne. Il ne faudra pas négliger cet aspect dans les réponses données. On peut supposer qu'un médecin expérimenté n'aura pas les mêmes attentes, envers un IADE, dans la prise en charge des patients, qu'un jeune médecin arrivant dans le service.

5-2 Les difficultés rencontrées :

Le temps a été un facteur limitant dans ce travail. Un nombre important de réponses aux questionnaires permet une étude détaillée et minutieuse. Avant de distribuer les questionnaires, j'ai recueilli l'autorisation des Directeurs des Soins Infirmiers des établissements concernés, démarche qui s'est avérée chronophage. Les questionnaires ont été laissés sur les sites un minimum de deux semaines pour les IADE et trois pour les médecins.

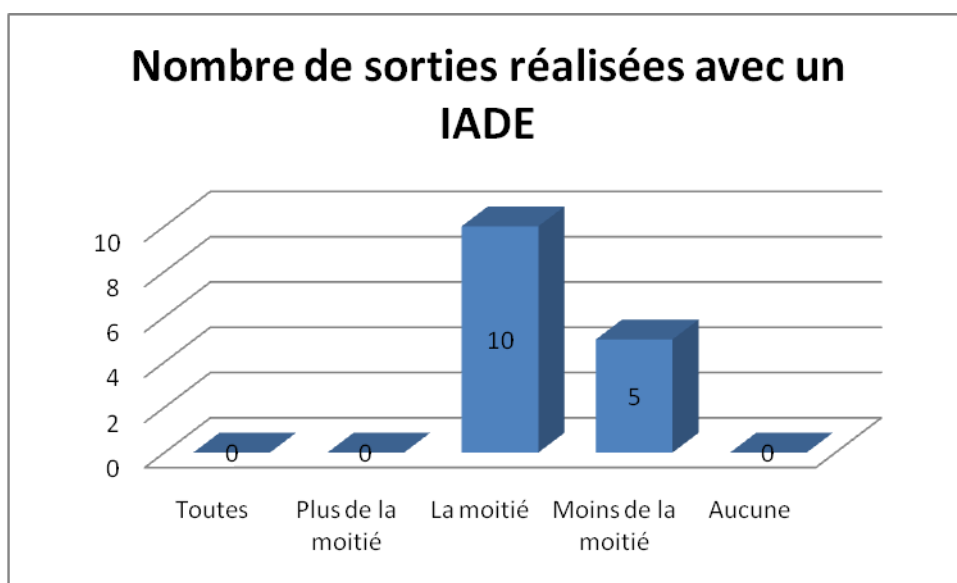
6- Présentation et analyse des résultats, par hypothèse :

6-1 Hypothèse 1 :

*En pré-hospitalier, l'IADE est **le collaborateur, le plus approprié**, du médecin. Une équipe comportant un médecin et un(e) IADE permet d'optimiser la prise en charge des patients. Je souhaite faire valider cette hypothèse par des médecins exerçant en pré-hospitalier.*

Comme je l'ai expliqué auparavant, les médecins sont les premiers témoins du travail réalisé par les IADE en pré-hospitalier. Il était important de connaître leur avis. S'ils peuvent attester de leurs compétences, ils représenteront alors, un soutien, un appui pour développer le nombre d'IADE en SMUR.

- Question n°2 : Concernant vos sorties en pré-hospitalier, combien sont réalisées avec un IADE dans l'équipe ?



Sur les quinze questionnaires de médecins recueillis, 10 médecins effectuent la moitié de leur sorties SMUR avec un IADE, et 5 en font moins de la moitié. Les Médecins interrogés ont l'habitude de travailler avec les IADE. Leur expérience, leur recul par rapport au travail en pré-hospitalier apportent des réponses représentatives de la réalité.

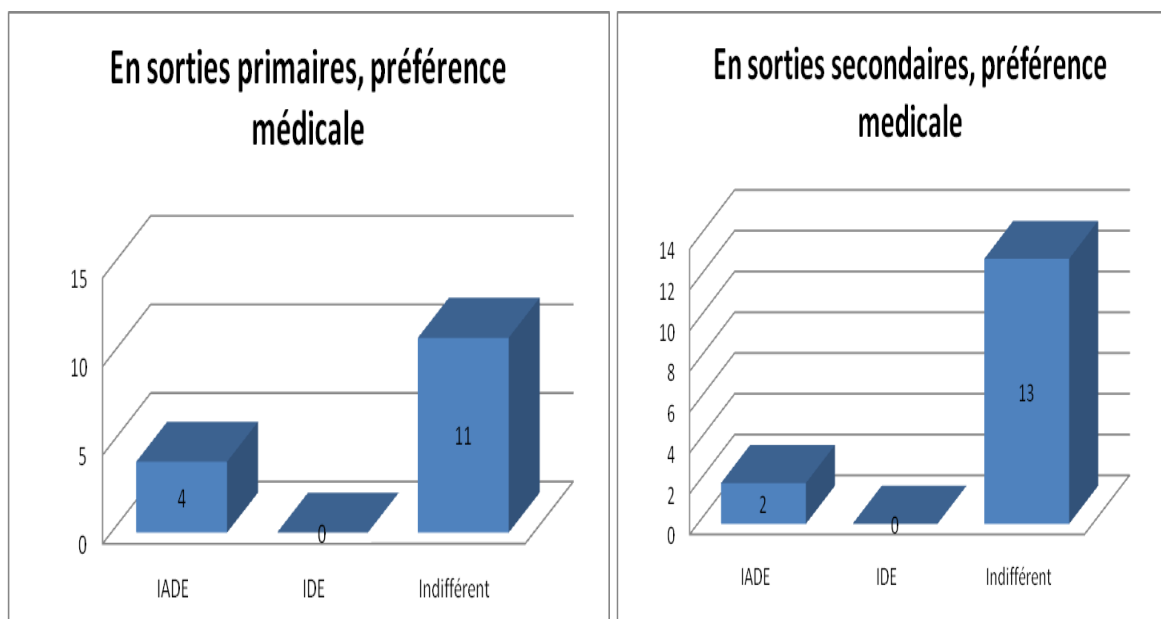
- Question n°3 : En sortie primaire, préférez-vous être accompagné(e) ?

- Par un IADE
- Par un IDE
- Indifférent

Expliquer pourquoi

- Question n°4 : En sortie secondaire, préférez-vous être accompagné(e) ?

- Par un IADE
- Par un IDE
- Indifférent



Beaucoup d'informations peuvent être analysées des réponses à ces deux questions. De premier abord, la majorité des médecins est indifférente au choix d'avoir un IADE ou non durant les interventions :

- ❖ 11 sont indifférents pour les sorties primaires.
- ❖ 13 pour les sorties secondaires.

Si l'on considère le petit échantillon questionné, quatre d'entre eux préfèrent être accompagné par un IADE en sorties primaires et deux en sorties secondaires. Soit deux fois plus de préférence pour les sorties primaires que pour les sorties secondaires.

En croisant les réponses de la question 1, c'est-à-dire avec l'expérience, concernant les sorties primaires, je me suis rendu compte que huit des médecins qui ont répondu être indifférents possèdent plus de 10 ans d'expérience en pré-hospitalier. Pour les sorties secondaires, c'est le cas pour 11 d'entre eux. Tous les médecins qui ont répondu préférer avoir un IADE au sein de leur équipe possèdent moins de 10 ans d'expérience.

Un des médecins a donné comme raison à cette indifférence : « Depuis le temps, je m'adapte ! ». Cette réponse induit qu'en raison de son expérience, à ce jour, il peut gérer les interventions, que cela soit avec un IADE ou un infirmier. Il faut comprendre que cette remarque n'était pas valable au début de sa carrière. Pendant ses premières années d'exercices, il n'était pas indifférent aux choix des membres de son équipe. Il est possible qu'avant, l'IADE lui apportait un confort supplémentaire pour la prise en charge des patients.

En sorties primaires et secondaires, les raisons données par les médecins préférant être accompagnés par un IADE sont :

- ❖ « Oui, sur une grosse sortie, car prise d'initiative toujours intéressante permettant de me libérer pour d'autres gestes ou prise d'informations »
- ❖ « Cela dépend de la sortie. Exemple, AVP avec plusieurs victimes, un IADE est préférable. »
- ❖ « Pour de nombreuses victimes, et pour les transports secondaires de patients graves »
- ❖ « Bonne connaissance théorique et connaissance des médicaments d'anesthésie. »

En sorties primaires et secondaires, les raisons données par les médecins indifférents sont :

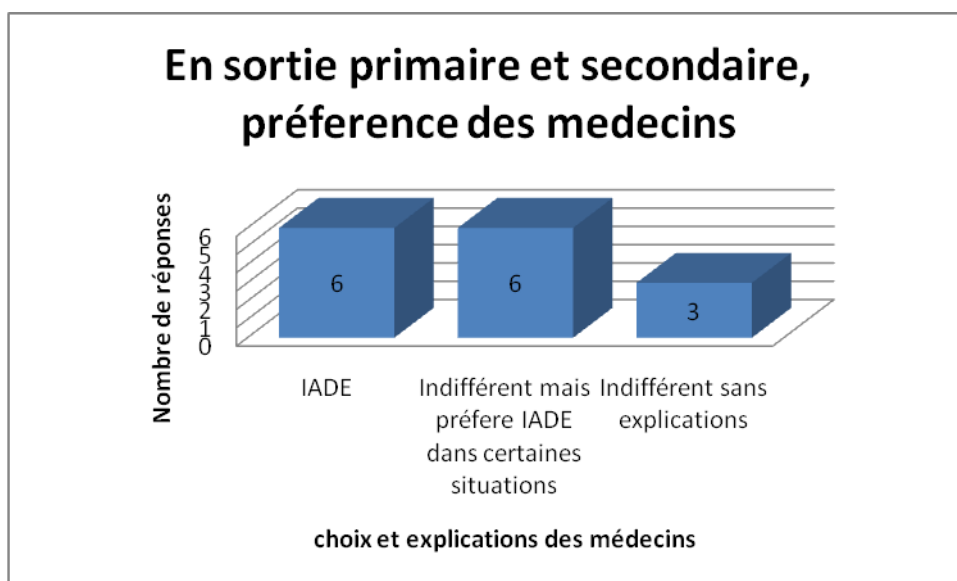
- ❖ « Que cela soit en sortie primaire ou secondaire, tout dépend de la gravité du patient. Exemple, sur un AVP avec plusieurs victimes, il est plus confortable d'avoir un IADE, car il a plus d'autonomie et peut gérer un patient. » (Réponse donnée par deux personnes)
- ❖ « Sauf pour la pédiatrie, il est beaucoup plus confortable d'être avec un IADE. » (Réponse donnée par deux personnes).
- ❖ « IADE utile pour les transferts lourds, avec des patients précaires, ayant du matériels inhabituels ». (Réponse donnée par deux personnes).

L'analyse de cet énoncé de raisons, permet de montrer que les médecins « indifférents » ont donnés des raisons identiques aux médecins qui préfèrent être accompagné par un IADE :

- ❖ « La gravité de la victime »
- ❖ « Le nombre de victimes »
- ❖ « les connaissances : matériels, théoriques... »

Si je reconsidère les réponses en mettant d'un côté :

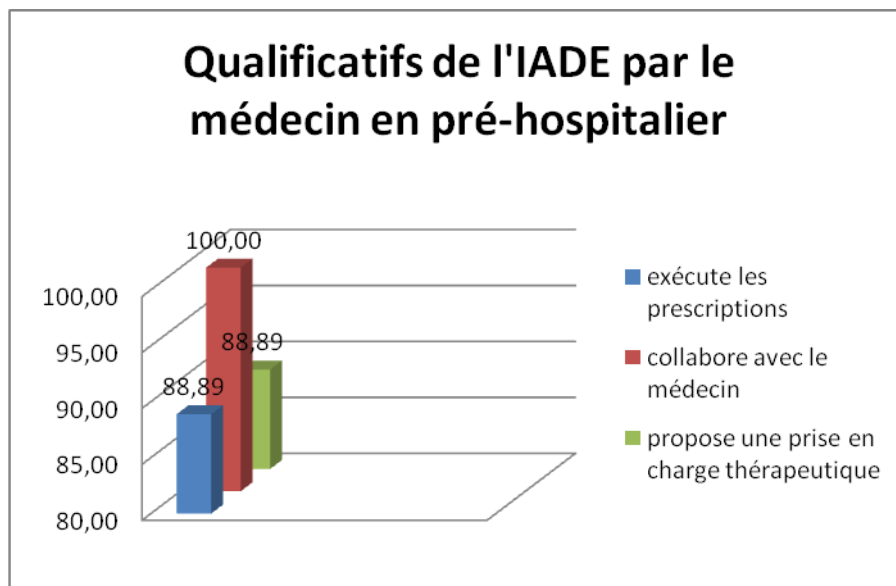
- Les médecins qui préfère être accompagné d'un IADE.
- Les médecins qui sont indifférent, mais qui évoquent comme raisons les mêmes que les médecins préférant être accompagné d'un IADE.
- Les médecins qui sont indifférents mais sans explications.



Les résultats se trouvent ainsi modifié, et l'on se rend bien compte que les médecins ne sont alors pas indifférents à la présence d'un IADE au sein de leur équipe. Six d'entre ont clairement préféré la présence d'un IADE, mais à ses six médecins viennent s'ajouter six autres qui ont expliqué préférer la présence d'un IADE, sans le noter. Cela porte à douze médecins sur quinze privilégiant la présence d'un IADE au sein de leur équipe SMUR.

La plus value de l'IADE en pré-hospitalier est ici démontrée par le choix des médecins mais aussi par leurs remarques.

- Question n°5 : Comment qualifiez-vous le rôle de l'IADE dans la prise en charge des patients en pré-hospitalier ? (cocher la ou les bonnes réponses)



Les réponses obtenues sont :

- ❖ 100% des médecins qualifient l'IADE de « collaborateur », ce n'est pas un hasard si l'unanimité des médecins est d'accord avec ce terme. On ressent l'esprit d'équipe qui règne au sein d'une équipe SMUR. Le médecin donne une place à l'IADE, il le considère comme son « collaborateur ».
- ❖ 89% les voient aussi comme « exécutant des prescriptions », ce rôle est celui de tout infirmier. Même si l'IADE ne tire pas ici sa plus value, il n'en reste pas moins un infirmier qui doit aussi effectuer les prescriptions médicales.
- ❖ 89% les estiment capable de « proposer une prise en charge thérapeutique ». Ces termes sont très forts. Il est aisé de voir que, même si le médecin est le seul prescripteur, il règne un esprit d'équipe. Il ne s'agit que d'une « proposition ». Une véritable discussion est possible. L'IADE peut faire partager son avis et donner ses idées.

Ces trois termes très différents s'additionnent. C'est l'addition des trois qui donne la plus value de l'IADE dans toutes ses dimensions :

« Collaborer + exécuter les prescriptions + proposer une thérapeutique »

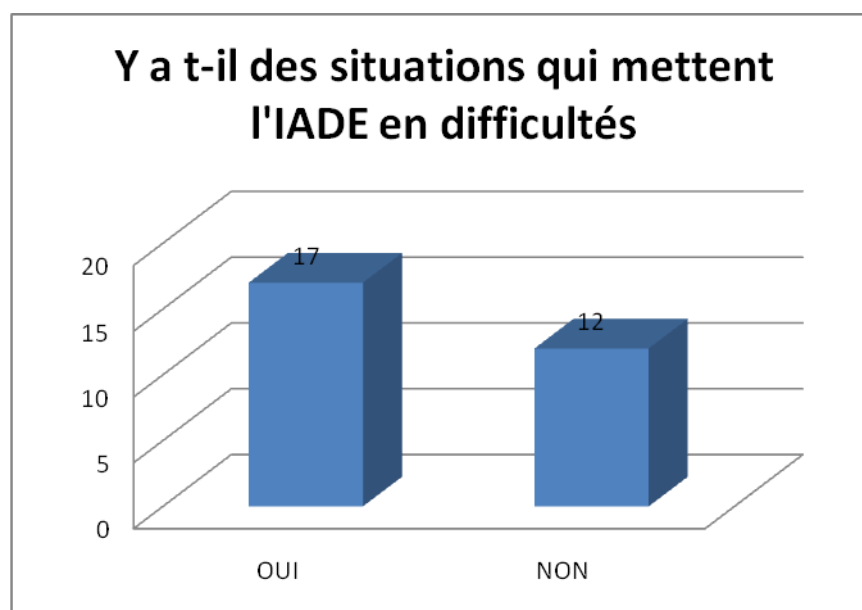
Ces qualificatifs font de lui un véritable collaborateur privilégié. Son expertise dans le maintien de l'homéostasie des patients, qu'elle soit sur le plan neurologique, respiratoire, ou cardio-vasculaire est utile en pré-anesthésie et reconnue par la majorité des médecins urgentistes.

L'importance de l'IADE est encore une fois reconnue par les médecins. Leur approbation pour sa place en pré-hospitalier, est un plus pour prétendre accroître leur présence dans ce domaine. L'hypothèse 1 est ainsi vérifiée, l'IADE est pour les médecins « le collaborateur privilégié »

6-2 Hypothèse 2 :

En pré-hospitalier, les bénéficiaires d'avoir un IADE dans une équipe sont fondés, entre autre sur les apports théoriques et pratiques de la formation. La théorie, à elle seule, donne une approche pratique plus concrète. De même que l'ensemble des stages réalisés permet une large découverte des différentes pratiques. Ainsi, la corrélation des deux offre une approche plus efficace des situations rencontrées.

- Question n°3 : En pré-hospitalier, y a-t-il des situations qui vous mettent en difficultés ?



L'analyse des réponses à cette question montre que malgré de nombreuses connaissances, l'IADE peut rencontrer des difficultés. La nature de ces difficultés les plus souvent retrouvée est :

- ❖ « L'absence du médecin réanimateur » : Cette réponse, est certainement liée aux habitudes des IADE, à travailler avec un médecin anesthésiste. En sortant du bloc opératoire les habitudes et les repères de chacun sont modifiés. Les membres de l'équipe doivent s'adapter. A l'échelle nationale, il est important de rappeler que 80% des IADE travaillent au bloc opératoire²². Une telle prévalence est certainement responsable des habitudes de travail sous la responsabilité du médecin réanimateur.

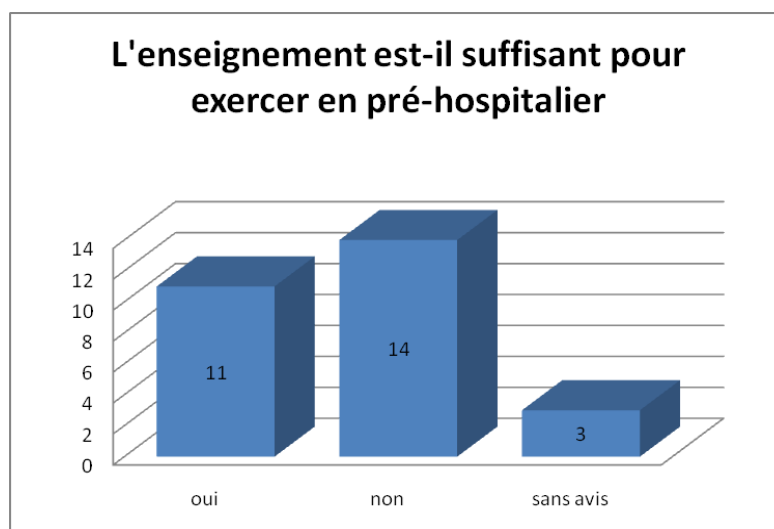
- ❖ « La mise en place de matériel nouveau » : Cette raison, évoquée à deux reprises, montre combien il est important et obligatoire de se tenir à jour sur le nouveau matériel, et d'en maîtriser son utilisation. Devant l'existence de ces difficultés, il est impossible de rester inactif. Pour la reconnaissance de la place de l'IADE au SMUR, il est important de régler tous les paramètres qui entraînent des difficultés. A ce propos il est possible d'avoir une personne ressource responsable du matériel spécifique, qui ferait ensuite partager ses compétences en formant ses collègues demandeurs.

- ❖ « La prise en charge des familles » : Représente un travail considérable en pré-hospitalier. Cependant, il nécessite une certaine maîtrise des situations et des émotions., ce qui peut parfois engendrer des difficultés. Ce domaine n'est pas le terrain favori de la majorité des IADE. Occupant une place importante, en pré-hospitalier, il ne peut pas être négligé. Des moments de concertation existent déjà dans certains SMUR pour palier à ce problème.

Les bénéfices de cette question sont intéressants. L'IADE est capable de s'auto-évaluer et de reconnaître ses difficultés. Il fait ainsi preuve de professionnalisme. Ces multiples améliorations permettent à l'IADE d'acquérir une approche plus fine de son travail lors de ses interventions.

²² Les secteurs d'activité ; Oxymag, Avril 2002 ; page 13.

- Question n°4 : D'après vous, les enseignements apportés à l'école d'IADE suffisent-ils à prendre en charge tous les patients en pré-hospitalier ?



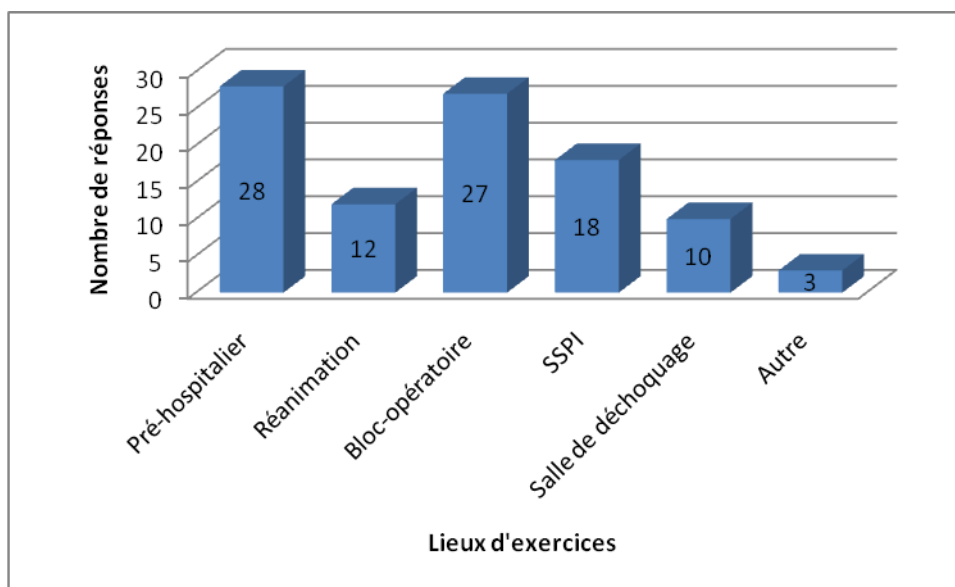
Sur les 28 personnes interrogées, 11 pensent que l'enseignement est suffisant pour exercer en pré-hospitalier, 14 pensent que non, et 3 n'ont pas d'avis. Après réflexion, cette question aurait dû être formulée différemment. Nous l'avons vu auparavant, l'enseignement théorique est vaste et étudie de nombreux domaines. Les stages sont nombreux mais les situations rencontrées sur le terrain le sont encore plus. Il reste impossible de voir toutes les situations en théorie, comme en pratique durant les stages. Pour les IADE, comme pour les IDE, des formations spécialisées pour les urgences pré-hospitalières sont possibles et envisageables. Il ne faut pas oublier aussi que les membres les plus anciens d'une équipe, ont toujours des informations très riches à transmettre.

Mon hypothèse 2, par ces deux questions, reste difficile à confirmer ou à infirmer. La majorité des IADE rencontrent des situations qui les mettent en difficultés. De même, la majorité pense que les enseignements donnés par la formation ne sont pas suffisants. Mais il est difficile de vérifier cette hypothèse au regard de ces deux questions. En effet, la formulation de celles-ci ne le permet pas. Avec plus de temps, il aurait été intéressant de questionner les IADE ayant travaillé en SMUR avant d'intégrer l'école, pour connaître les changements.

6-3 Hypothèse 3 :

Pour maintenir ses compétences, l'IADE, doit être polyvalent(e). C'est-à-dire, qu'il (elle) doit continuer à exercer sur différents sites : bloc opératoire, réanimation, pré hospitalier. Ce sont ces différentes pratiques qui lui permettent de maintenir ses connaissances, et de rester à la hauteur de ce que l'on peut attendre de lui en pré-hospitalier.

- Question n°5 : Où exercez-vous ? (Cocher la ou les bonnes réponses)



Tous les IADE interrogés travaillent en pré-hospitalier, (28 personnes).

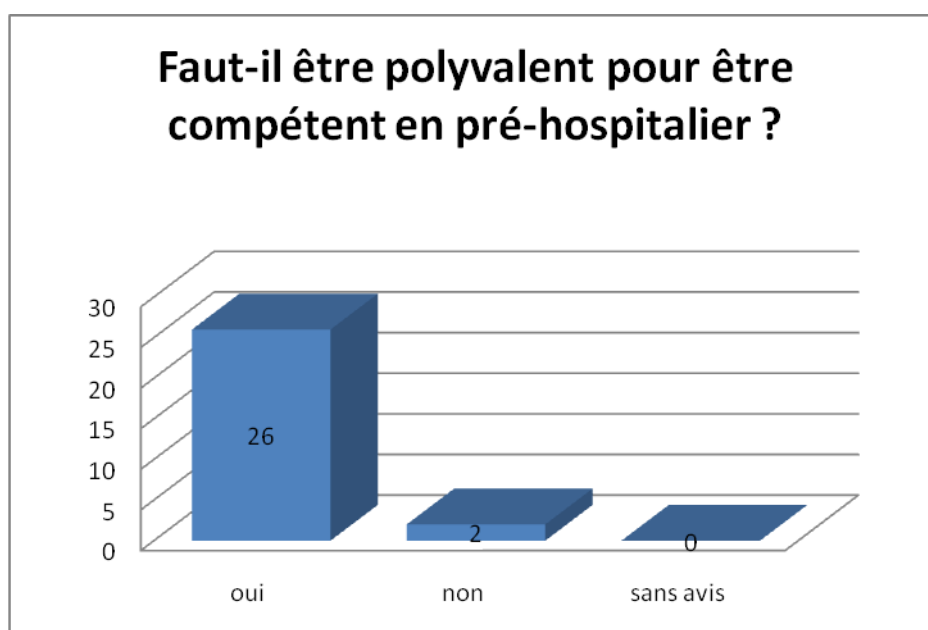
Seule une personne ne possède qu'un site d'exercice, les 27 autres travaillent au minimum sur un autre site. Mais la plupart exercent sur 3, 4, voir 5 sites différents.

Au niveau national, le nombre d'IADE affectés exclusivement au SMUR est de 10%²³, soit une minorité.

²³ Les secteurs d'activité ; Oxymag, Avril 2002 ; page 13.

Par cette question, la polyvalence de l'IADE en pré-hospitalier est mise en avant. Ils sont « polyvalents », ils travaillent au bloc opératoire, en réanimation, en SSPI...pour ensuite utiliser leurs compétences au SMUR.

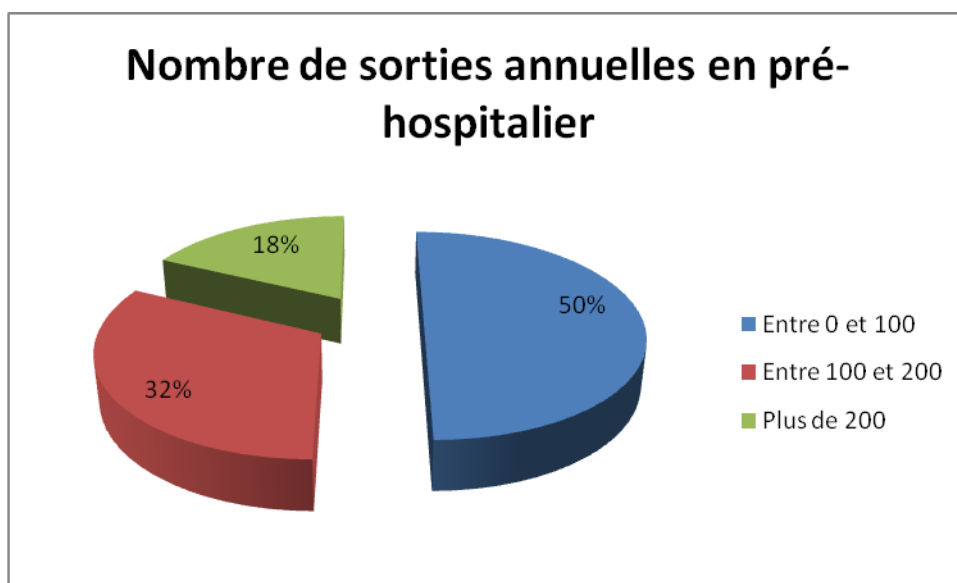
- Question n°6 : Pensez-vous que la polyvalence permette de rester compétent(e) en pré-hospitalier ?



La quasi-totalité des IADE pensent que la polyvalence est nécessaire pour rester compétent en pré-hospitalier. Non seulement ,ils sont polyvalents mais ils pensent que cela est nécessaire. C'est en exerçant leur activité sur plusieurs sites qu'ils peuvent maintenir cette compétence.

Par exemple, l'IADE a l'expertise pour la gestion des voies aériennes. En continuant à exercer régulièrement son métier en anesthésie, il reste à la hauteur de ce que les médecins attendent de lui, au bloc opératoire et en SMUR.

- Question n°7 : Combien de sorties, en moyenne, effectuez-vous personnellement dans une année, en pré-hospitalier ?



La moitié des IADE interrogés effectuent moins de 100 sorties par an.
32% réalisent entre 100 et 200 sorties par an.
18% seulement en font plus de 200.
Le nombre de sorties varie d'un IADE à l'autre.

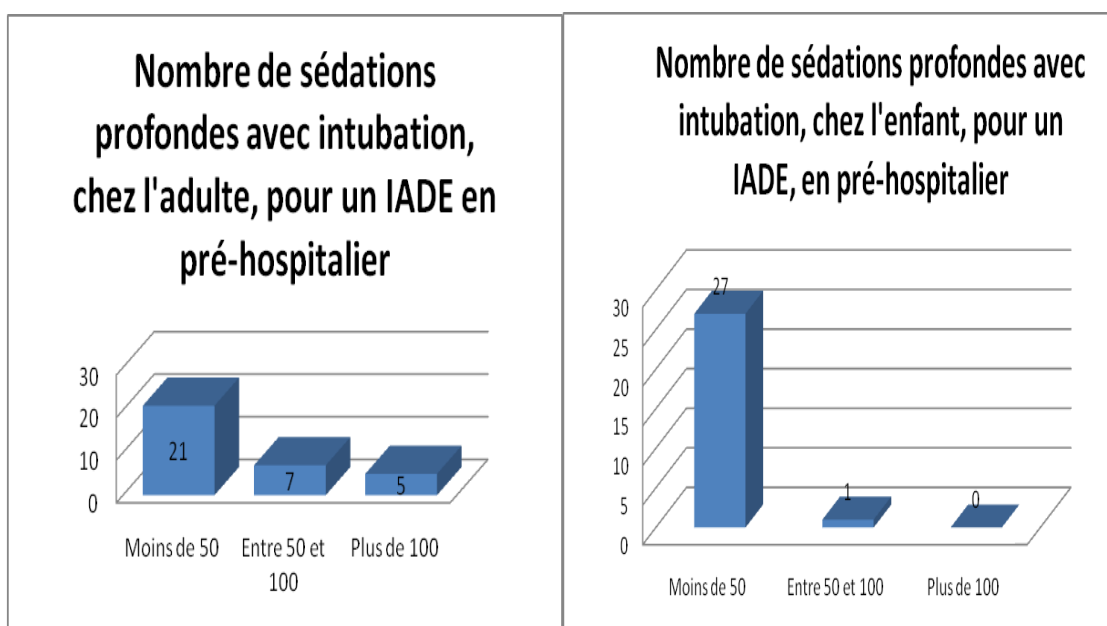
- Question n°8 : En pré-hospitalier, en une année, combien de fois réalisez-vous :

Une sédation profonde avec intubation chez l'adulte :

- Moins de 50 Entre 50 et 100 Plus de 100

Une sédation profonde avec intubation chez l'enfant :

- Moins de 50 Entre 50 et 100 Plus de 100



La plupart des IADE réalisent, chez l'adulte, en pré-hospitalier, moins de 50 intubations. Il est évident que le travail de l'IADE ne se résume pas à l'intubation, cependant elle reste un critère précis pour quantifier le nombre de prises en charge graves. A cause de cette pratique fluctuante et souvent insuffisante en SMUR, pour rester efficient, l'IADE doit exercer sur d'autres sites.

Concernant les réponses données pour les prises en charge pédiatriques, les résultats sont encore inférieurs à celles de l'adulte. De toute évidence, pour rester compétent en pré-hospitalier un IADE doit continuer à exercer au bloc pédiatrique. Cela lui est nécessaire pour rester à la hauteur dans ses prises en charge d'enfants.

Mon hypothèse 3 est ainsi vérifiée, car la pratique en pré-hospitalier n'étant pas suffisante, l'IADE est polyvalent pour rester compétent en pré-hospitalier. Les sorties réalisées en SMUR, ne suffisent pas à garder une pratique à la hauteur de ce qui est attendu de lui. Cette polyvalence lui permet de maintenir une maîtrise pratique qu'il met à profit lors des interventions SMUR.

Conclusion

L'enquête avait pour but de confirmer ou d'infirmer la place de l'IADE en pré-hospitalier, selon trois hypothèses :

- ❖ Il est le collaborateur le plus approprié du médecin.
- ❖ Ses connaissances théoriques et pratiques servent ce domaine.
- ❖ Sa « *polyvalence* », en exerçant au bloc opératoire (dans différentes spécialités), en réanimation, en SSPI, lui permet de rester compétent dans ses domaines d'expertises pour la restauration et le maintien de l'homéostasie.

Comme le montre le cadre théorique et l'analyse, l'apport de la formation ainsi que l'expérience professionnelle sont une richesse pour l'IADE au sein de l'équipe en pré-hospitalier. La formation délivrée pendant les deux années d'études est un réservoir de connaissances servant l'IADE pour l'exercice en SMUR.

Loin d'être un « gâchis » de compétences (lorsque l'on évoque la faible fréquence des intubations en intervention par exemple), son expertise concernant le maintien de l'homéostasie en anesthésie et réanimation est une utilité dans ce domaine. Pour assurer une prise en charge adaptée des patients, la présence des Infirmiers Anesthésistes en pré-hospitalier est justifiée.

Concernant « la polyvalence », l'analyse montre de façon catégorique que l'IADE doit exercer sur différents sites pour ensuite appliquer ses compétences en pré-hospitalier.

Les infirmiers anesthésistes restent peu nombreux à exercer en SMUR. Problème économique, ou pénurie de personnel ? Ils doivent continuer à faire valoir leurs compétences pour garder ou accroître leur place au sein des SMUR.

Bibliographie :

Ouvrage :

P. Carli, B. Riou, C. Télion, Urgences médico-chirurgicales de l'adulte : Arnette, 2^{ème} édition, 2004, 1579 p.

Evelyne Aiguebonne, Hélène Labousset-Piquet, Carole Biebert, Soins d'urgence : Masson, Les essentiels en IFSI, 2009, 266 p.

Dictionnaire :

Marcel GARNIER, Valery DELAMARE...Dictionnaire des termes de médecine : Garnier Delamare, 2003

Le petit Robert dictionnaire de la langue Françaises ; édition 2000

Guide 2009 des SAMU et SMUR de France ; Edition 2009 ; 268 pages

Législation :

Décret n°2006-576 du 22 mai 2006 relatif à la médecine d'urgence et modifiant le code de la santé publique (dispositions réglementaires).

Décret n°87-1005 du 16 Décembre 1987 relatif aux missions et à l'organisation des unités participant au service d'aide médicale urgente appelés : SAMU.

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 œuvre des services mobiles d'urgence et de réanimation et modifiant le code de la santé public.

Arrêté du 28 Septembre 2001 modifiant l'arrêté du 23 Mars 1992 modifié relatif au programme des études conduisant au diplôme d'Etat d'Infirmier.

Arrêté du 17 Janvier 2002 relatif à la formation conduisant au diplôme d'Etat d'Infirmier Anesthésiste.

Décret n° 2002-194 du 11 février 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier

Circulaire DHOS/01 n°2004-151 du 29 Mars 2004 relative au rôle de SAMU, des SDIS et de ambulanciers dans l'aide médicale urgente

Loi n° 86-11 du 6 janvier 1986, relative à l'aide médicale urgente et aux transports sanitaires

Mémoire :

Compagnonnage de l'IDE de SMUR : un rôle pour l'IADE ?- Nathalie BILLOT promotion 2001- 2003.

Pertinence de l'IADE en pré hospitalier- Sophie BELLEJAMBE- Promotion 2003-2005.

Optimiser la prise en charge du patient en SMUR : Un rôle pour l'IADE- Sylvie LEGRAS- Promotion 200-2002.

Revue :

Séverine MOUCHET. Quel SMUR pour le choix d'un IADE ? Oxymag, n°73, Décembre 2003, pages 23- 24.

Françoise Laurent. La polyvalence au sein du pôle, gageure ou réalité ? La revue de l'Infirmière, n°135, Novembre 2007, pages 22- 23.

Les secteurs d'activité ; Oxymag, Avril 2002 ; page 13.

Sites internet :

Recommandations concernant les modalités de la prise en charge médicalisée pré hospitalière des patients en état grave Mai 2002. Société française http://www.sfar.org/docs/articles/art4_recomprehospi.pdf(consulté le 18/10/2010)

Recommandations-concernant-la-surveillance-des-patients-au -cours-des-transferts-inter-hospitaliers-médicalisés ; Décembre 1992 ; Membres du groupe de travail Ad Hoc www.sfar.org/.../ ; (consulté le 5/04/2010)

"Spécificité des compétences de l'infirmier anesthésiste en SMUR" Textes de lois et recommandations de sociétés savantes (SFAR, SFMU, SAMU de ... en France, les textes réglementaires, le rôle des Samu » - Les urgences ... Recommandations concernant la surveillance des patients au cours des transferts inter [sofia.medicalistes.org/.../specificites du IADE en SMUR.pdf](http://sofia.medicalistes.org/.../specificites_du_IADE_en_SMUR.pdf) (consulté le 18/10/2010)

Contact Le Boterf-Conseil ; 2 déc. 2009 ;

www.guyleboterf-conseil.com/articlesenligne/fr.htm

SPECIFICITE DES COMPETENCES DE L'INFIRMIER ANESTHESISTE EN S.M.U.R

Format de fichier : PDF/Adobe Acrobat «*Spécificité des compétences de l'infirmier anesthésiste en SMUR*». Ludovic SCHAUB, Avril 2006. SOMMAIRE. I. CADRE THEORIQUE [sofia.medicalistes.org/.../specificites du IADE en SMUR.pdf](http://sofia.medicalistes.org/.../specificites_du_IADE_en_SMUR.pdf) (consulté le 05/04/2011)

Organisation du secours à personne et de l'aide médicale urgente

Ce *référentiel*, qui devra définir les modalités de traitement des appels et de l'AMU et de la PDS. 17 Article 124 de la loi du 27 février 2002

[www.interieur.gouv.fr/.../sapeurs.../sap-amu/.../Organisation du SAP et AMU.pdf](http://www.interieur.gouv.fr/.../sapeurs.../sap-amu/.../Organisation_du_SAP_et_AMU.pdf)?

Liste des annexes

Annexe I : Grille d'élaboration du questionnaire

Annexe II : Elaboration du questionnaire

Annexe III : Questionnaire aux médecins en pré-hospitalier

Annexe IV : Questionnaire aux IADE en pré-hospitalier

Annexe V : Décret SAMU n° 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.

Annexe VI : 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 S.A.M.U.

Annexe I : Grille d'élaboration du questionnaire :

<u>Hypothèses</u>	<u>Objectifs</u>	<u>Questions</u>	<u>Ce que je veux valider</u>
<u>Hypothèse n°1</u> : L'IADE est le collaborateur le plus approprié du médecin	- Savoir si les médecins souhaitent plutôt être accompagné d'un IADE ou non ?	- Combien ont-ils d'années d'expériences en pré-hospitalier ? - Préfèrent-ils un IADE dans leur équipe ? - Pensent-ils que les IADE soient pour eux un véritable collaborateur ?	- Les médecins préfèrent être accompagnés d'un IADE - Ils pensent que les IADE ont les connaissances requises - Ils qualifient les IADE de collaborateurs
<u>Hypothèse n°2</u> : La formation d'IADE permet un apport théorique et pratique indispensable pour l'exercice en pré-hospitalier	- Savoir si les connaissances apportées par la formation (théorique et pratique) suffisent pour exercer en pré-hospitalier	- Les IADE ont-ils suffisamment de connaissances avec leur formation, pour exercer en pré-hospitalier ?	- Un IADE a des connaissances indispensables pour exercer en pré-hospitalier
<u>Hypothèse n°3</u> : Pour rester performant les IADE doivent exercer dans plusieurs secteurs	- Savoir si exercer dans plusieurs domaines, permet de rester performant en pré-hospitalier	- Les IADE exerçant dans plusieurs secteurs sont-ils (elles) plus performant(e)s ?	- La polyvalence permet aux IADE de rester performants

Annexe II :

Elaboration du questionnaire

Hypothèse 1 : *En pré-hospitalier, l'IADE est le collaborateur du médecin le plus approprié. Une équipe comportant un médecin et un(e) IADE permet d'optimiser la prise en charge des victimes. Je souhaite faire valider cette hypothèse par des médecins exerçant en pré-hospitalier.*

- Question n°1 : Depuis combien de temps exercez-vous en pré-hospitalier ?
 - Moins de 5 ans
 - Entre 5 et 10 ans
 - Plus de 10 ans

- Question n°2 : Concernant vos sorties en pré-hospitalier, combien sont réalisées avec un(e) IADE dans l'équipe ?
 - La totalité
 - Plus de la moitié
 - La moitié
 - Moins de la moitié
 - aucune

- Question n°3 : En sortie primaire, préférez-vous être accompagné(e) ?
 - Par un IADE
 - Par un IDE
 - Indifférent

Expliquer pourquoi :.....
.....

- Question n°4 : En sortie secondaire, préférez-vous être accompagné(e) ?
 - Par un IADE
 - Par un IDE
 - Indifférent

Expliquer pourquoi :.....
.....

- Question n°5 : Comment qualifiez vous le rôle de l'IADE dans la prise en charge des patients en pré-hospitalier : (cocher la ou les bonnes réponses)

L'IADE exécute les prescriptions

Oui Non

L'IADE collabore avec le médecin

Oui Non

L'IADE peut proposer une prise en charge thérapeutique

Oui Non

Hypothèse 2 : *En pré-hospitalier, les bénéficiaires d'avoir un(e) IADE dans une équipe sont fondés, entre autre sur les apports théoriques et pratiques de la formation. La théorie, à elle seule permet une approche pratique plus concrète. De même que l'ensemble des stages réalisés permet une large découverte des différentes pratiques. Ainsi, la corrélation des deux permet une approche plus efficace des situations rencontrées.*

- Question n°1 : Depuis combien d'années êtes-vous diplômé(e) en tant qu'IADE ?
 - Moins de 5 ans
 - Entre 5 et 10 ans
 - Plus de 10 ans

- Question n°2 : Depuis combien d'années exercez-vous en pré-hospitalier ?
 - Moins de 5 ans
 - Entre 5 et 10 ans
 - Plus de 10 ans

- Question n°3 : En pré-hospitalier, y a-t-il des situations qui vous mettent en difficultés ?
 - Oui
 - Non

Pour quelles raisons : (cocher la ou les bonnes réponses)

 - A l'absence d'un anesthésiste réanimateur
 - A la pratique
 - Aux connaissances
 - Autres :.....
.....

- Question n°4 : D'après vous, les enseignements apportés à l'école d'IADE suffisent-ils à prendre en charge tous les patients en pré-hospitalier ?
 - Oui
 - Non
 - Sans avis

Hypothèse 3 : *Pour maintenir ses compétences, l'IADE, doit être polyvalent(e). C'est-à-dire, qu'il (elle) doit continuer à exercer sur différents sites : bloc opératoire, réanimation, pré hospitalier. Ce sont ces différentes pratiques qui lui permettent de maintenir ses connaissances, et rester à la hauteur de ce que l'on peut attendre de lui en pré-hospitalier.*

- Question n°5 : Exercez vous ? (Cocher la ou les bonnes réponses)
 - En pré-hospitalier :
 - En réanimation
 - Au bloc opératoire
 - En SSPI
 - En salle de Déchoquage
 - Autre :.....

- Question n°6 : Pensez-vous que la polyvalence permette de rester compétent(e) en pré-hospitalier ?
 - Oui
 - Non
 - Sans avis

- Question n°7 : Combien de sorties, en moyenne, effectuez vous personnellement dans une année, en pré-hospitalier ?
 - Entre 0 et 100
 - Entre 100 et 200
 - Plus de 200

- ❖ Question n°8 : En pré-hospitalier, combien de fois réalisez-vous :

Une sédation profonde avec intubation chez l'adulte :
 - Moins de 50 Entre 50 et 100 Plus de 100
Une sédation profonde avec intubation chez l'enfant :
 - Moins de 50 Entre 50 et 100 Plus de 100

Annexe III : Questionnaire aux médecins en pré-hospitalier

Actuellement en formation à l'école d'Infirmière Anesthésiste de Reims, je réalise mon travail d'intérêt professionnel. Portant sur l'IADE au SMUR, je me permets de vous solliciter.

Je vous remercie pour le temps consacré à ce questionnaire.

- Question n°1 : Depuis combien de temps exercez-vous en pré-hospitalier ?
 - Moins de 5 ans
 - Entre 5 et 10 ans
 - Plus de 10 ans

- Question n°2 : Concernant vos sorties en pré-hospitalier, combien sont réalisées avec un(e) IADE dans l'équipe ?
 - La totalité
 - Plus de la moitié
 - La moitié
 - Moins de la moitié
 - aucune

- Question n°3 : En sortie primaire, préférez-vous être accompagné(e) ?
 - Par un IADE
 - Par un IDE
 - Indifférent

Expliquer pourquoi :.....
.....

- Question n°4 : En sortie secondaire, préférez-vous être accompagné(e) ?
 - Par un IADE
 - Par un IDE
 - Indifférent

Expliquer pourquoi :.....
.....

- Question n°5 : Comment qualifiez vous le rôle de l'IADE dans la prise en charge des patients en pré-hospitalier : (cocher la ou les bonnes réponses)

L'IADE exécute les prescriptions

Oui Non

L'IADE collabore avec le médecin

Oui Non

L'IADE peut proposer une prise en charge thérapeutique

Oui Non

Annexe IV :

Questionnaire aux IADE en pré-hospitalier

Actuellement en formation à l'école d'Infirmière Anesthésiste de Reims, je réalise mon travail d'intérêt professionnel. Portant sur l'IADE au SMUR, je me permets de vous solliciter.

Je vous remercie pour le temps consacré en à ce questionnaire.

- Question n°1 : Depuis combien d'années êtes-vous diplômé(e) en tant qu'IADE ?
 - Moins de 5 ans
 - Entre 5 et 10 ans
 - Plus de 10 ans

- Question n°2 : Depuis combien d'années exercez-vous en pré-hospitalier ?
 - Moins de 5 ans
 - Entre 5 et 10 ans
 - Plus de 10 ans

- Question n°3 : En pré-hospitalier, y a-t-il des situations qui vous mettent en difficultés ?
 - Oui
 - Non

Pour quelles raisons : (cocher la ou les bonnes réponses)

 - A l'absence d'un anesthésiste réanimateur
 - A la pratique
 - Aux connaissances
 - Autres :.....
.....

- Question n°4 : D'après vous, les enseignements apportés à l'école d'IADE suffisent-ils à prendre en charge tous les patients en pré-hospitalier ?
 - Oui
 - Non
 - Sans avis

- Question n°5 : Exercez vous ? (Cocher la ou les bonnes réponses)
 - En pré-hospitalier :
 - En réanimation
 - Au bloc opératoire
 - En SSPI
 - En salle de Déchoquage
 - Autre :.....

- Question n°6 : Pensez-vous que la polyvalence permette de rester compétent(e) en pré-hospitalier ?
 - Oui
 - Non
 - Sans avis

- Question n°7 : Combien de sorties, en moyenne, effectuez vous personnellement dans une année, en pré-hospitalier ?
 - Entre 0 et 100
 - Entre 100 et 200
 - Plus de 200

- Question n°8 : En pré-hospitalier, en une année, combien de fois réalisez-vous :
 - Une sédation profonde avec intubation chez l'adulte :
 - Moins de 50 Entre 50 et 100 Plus de 100

 - Une sédation profonde avec intubation chez l'enfant :
 - Moins de 50 Entre 50 et 100 Plus de 100

Annexe V :

Décret SAMU

N° 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.
Aide médicale urgente

Le Premier ministre,

Sur le rapport du ministre de l'intérieur, du ministre des affaires sociales et de l'emploi et du
Ministre délégué auprès du ministre des affaires sociales et de l'emploi, chargé de la santé et
de la famille,

Vu le code des communes, et notamment les articles L. 131-2 et R. 352-1 :

Vu la loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 modifiée portant réforme hospitalière, et
notamment ses articles 1er, 2 et 4 ;

Vu la loi n° 86-11 du 6 janvier 1986 relative à l'aide médicale urgente et aux transports
sanitaires :

Vu la 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 ;

Vu le décret n° 77-17 du 4 janvier 1977 relatif à l'enseignement et à la pratique du
secourisme

:

Vu le décret n° 79-506 du 28 juin 1979 portant code de déontologie médicale :

Vu l'avis du Conseil supérieur des hôpitaux : Vu l'avis du comité interministériel de
coordination en matière de sécurité sociale ;

Vu la délibération en date du 21 juillet 1987 par laquelle le conseil d'administration de la
Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés a refusé de formuler un avis

:

Le Conseil d'Etat (section sociale) entendu,

Décète :

CHAPITRE Ier

Mission des unités participant au service d'aide médicale urgente appelées S.A.M.U.

Article 1er

Les unités appelées S.A.M.U. participent à l'aide médicale urgente dans le cadre du présent
décret.

Article 2

Les S.A.M.U. ont pour mission de répondre par des moyens exclusivement médicaux aux
situations d'urgence. Lorsqu'une situation d'urgence nécessite la mise en œuvre conjointe de
moyens médicaux et de moyens de sauvetage, les S.A.M.U. joignent leurs moyens à ceux
qui sont mis en œuvre par les services d'incendie et de secours, en application de l'article 16
de la loi du 22 juillet 1987 susvisée.

Article 3

Pour l'application de l'article 2 ci-dessus, les S.A.M.U. exercent les missions suivantes :

1° Assurer une écoute médicale permanente ;

2° Déterminer et déclencher, dans le délai le plus rapide, la réponse la mieux adaptée à la
nature des appels :

3° S'assurer de la disponibilité des moyens d'hospitalisation publics ou privés adaptés à l'état
du patient, compte tenu du respect du libre choix, et faire préparer son accueil ;

4° Organiser, le cas échéant, le transport dans un établissement public ou privé en faisant
appel à un service public ou à une entreprise privée de transports sanitaires :

5° Veiller à l'admission du patient.

Article 4

Les S.A.M.U. participent à la mise en œuvre des plans O.R.S.E.C. et des plans d'urgence
prévus par les articles 2 à 4 de la loi du 22 juillet 1987 susvisée, et notamment ceux visés au
2° de l'article 3 destinés à porter secours à de nombreuses victimes. Un rôle de coordination

interdépartementale pour l'exercice des missions définies à l'article 3 du présent décret peut être confié à un ou plusieurs S.A.M.U. par l'autorité compétente de l'Etat désignée par les articles 5 à 9 de la même loi.

Article 5

Les S.A.M.U. peuvent participer à la couverture médicale des grands rassemblements suivant les modalités arrêtées par les autorités de police concernées.

Article 6

Outre leurs missions directement liées à l'exercice de l'aide médicale urgente, les S.A.M.U. participent aux tâches d'éducation sanitaire, de prévention et de recherche. Ils apportent leur concours à l'enseignement et à la formation continue des professions médicales et paramédicales et des professionnels de transports sanitaires ; ils participent également à la formation des secouristes. Selon les modalités déterminées par le décret du 4 janvier 1977 susvisé.

CHAPITRE II

Organisation des S.A.M.U.

Article 7

Le ministre chargé de la santé arrête la liste des établissements hospitaliers dotés d'unités participant à l'aide médicale urgente appelées S.A.M.U. et détermine le champ de compétence territoriale de ces unités.

Article 8

Pour répondre dans les délais les plus brefs aux demandes d'aide médicale urgente, les centres de réception et de régulation des appels visés à l'article 4 de la loi du 6 janvier 1986 susvisée sont dotés d'un numéro d'appel téléphonique unique, le 15. Les installations de ces centres permettent, dans le respect du secret médical, les transferts réciproques d'appels et, si possible, la conférence téléphonique avec les centres de réception d'appels téléphoniques des services d'incendie et de secours dotés du numéro d'appel 18, ainsi qu'avec ceux des services de police et de gendarmerie. Les centres de réception des appels du numéro 15 et du numéro

18 se tiennent mutuellement informés des opérations en cours dans les plus brefs délais. Ils réorientent vers le centre compétent tout appel n'entrant pas directement dans leur domaine d'action. Lorsque les centres de réception des appels dotés du numéro téléphonique 15 reçoivent une demande d'aide médicale urgente correspondant à une urgence nécessitant l'intervention concomitante de moyens médicaux et de moyens de sauvetage, ils transmettent immédiatement l'information aux services d'incendie et de secours qui font alors intervenir les moyens appropriés, conformément à leurs missions. Les mêmes centres sont immédiatement informés des appels reçus par les services d'incendie et de secours sous le numéro 18 lorsqu'il s'agit d'une situation d'urgence visée à l'article 2.

Article 9

Les dispositifs d'interconnexion nécessaires seront mis en place dans un délai maximum de trois ans courant à partir de la date de publication du présent décret. Avant leur installation, le commissaire de la République arrête, après avis du comité départemental de l'aide médicale urgente et des transports sanitaires, les modalités transitoires destinées à garantir l'information réciproque immédiate et permanente des centres de réception des appels.

Article 10

Pour l'exercice de leurs missions, les S.A.M.U. disposent des moyens en personnel et en matériel et en personnel médical et non médical chargé de la réception et de la régulation des appels, adaptés aux besoins de la population qu'ils desservent. Ils constituent, selon l'organisation de l'établissement hospitalier dans lequel ils sont implantés, un service ou un pôle d'activité.

CHAPITRE III

Participation des médecins d'exercice libéral au centre de réception et de régulation des appels médicaux

Article 11

Les centres de réception et de régulation des appels permettent, grâce notamment au numéro d'appel unique dont ils sont dotés, de garantir en permanence l'accès immédiat de la population aux soins d'urgence et la participation des médecins d'exercice libéral au dispositif d'aide médicale urgente. La participation de ceux-ci, comme celle des autres intervenants, au dispositif d'aide médicale urgente est déterminée par contention

Article 12

Dans chaque département, la convention est passée entre :

- l'établissement hospitalier où est situé le S.A.M.U. ;
- les instances départementales des organisations nationales représentatives des praticiens qui ont en fait la demande : - les associations de médecins ayant pour objet la réponse à l'urgence qui en ont fait la demande ; - les établissements privés d'hospitalisation, volontaires pour accueillir les urgences ;
- les collectivités territoriales et les autres personnes morales assurant le financement du fonctionnement du centre de réception et de régulation des appels médicaux. Article 13 La convention détermine notamment :
- le plan de financement détaillé du centre de réception et de régulation des appels médicaux ; - les moyens apportés respectivement par chacune des parties contractantes ; - les modalités selon lesquelles la réception et la régulation des appels sont organisées conjointement ;
- les modalités de gestion du centre de réception et de régulation des appels médicaux : - la durée, les modalités de dénonciation, de révision et de reconduction de l'accord.

Article 14

Cette convention est approuvée par le commissaire de la République du département. Qui consulte auparavant le conseil départemental de l'ordre des médecins chargé de veiller au respect de la déontologie médicale.

Article 15

L'organisation du centre de réception et de régulation des appels médicaux garantit l'indépendance professionnelle du praticien et la liberté de choix du malade. Dans la mesure où celui-ci est en état de l'exprimer. La convention ne peut faire obstacle aux devoirs généraux envers les malades en vertu du code de déontologie médicale.

Article 16

Le fonctionnement du centre de réception et de régulation des appels médicaux doit être assuré sans discontinuité ; il assure une réponse rapide aux appels reçus. Pendant leur tour de garde, les médecins qui assurent la permanence des soins restent disponibles et tiennent le centre de réception et de régulation des appels médicaux informé du début et de la fin de chacune de leurs interventions.

Article 17

Le ministre d'Etat, ministre de l'économie, des finances et de la privatisation, le ministre de l'intérieur, le ministre des affaires sociales et de l'emploi, le ministre de l'industrie, des P. et T. et du tourisme, le ministre de l'agriculture, le ministre délégué auprès du ministre de l'économie, des finances et de la privatisation, chargé du budget, le ministre délégué auprès du ministre des affaires sociales et de l'emploi, chargé de la santé et de la famille, et le ministre délégué auprès du ministre de l'industrie, des P. et T. et du tourisme, chargé des P. et T., sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au Journal officiel de la République française.

Fait à Paris, le 16 décembre 1987.

JACQUES CHIRAC

Par le Premier ministre :

Le ministre des affaires sociales et de l'emploi,

PHILIPPE SÉGUIN

Le ministre d'Etat, ministre de l'économie, des finances et de la privatisation.

EDOUARD BALLADUR

Annexe VI :

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 S.A.M.U.

NOR: ASEP8701666D

Le Premier ministre,

Sur le rapport du ministre de l'intérieur, du ministre des affaires sociales et de l'emploi et du ministre délégué auprès du ministre des affaires sociales et de l'emploi, chargé de la santé et de la famille,

Vu le code des communes, et notamment les articles L. 131-2 et R. 352-1 ;

Vu la loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 modifiée portant réforme hospitalière, et notamment ses articles 1er, 2 et 4 ;

Vu la loi n° 86-11 du 6 janvier 1986 relative à l'aide médicale urgente et aux transports sanitaires ;

Vu la 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 ;

Vu le décret n° 77-17 du 4 janvier 1977 relatif à l'enseignement et à la pratique du secourisme ;

Vu le décret n° 79-506 du 28 juin 1979 portant code de déontologie médicale ;

Vu l'avis du conseil supérieur des hôpitaux ;

Vu l'avis du comité interministériel de coordination en matière de sécurité sociale ;

Vu la délibération en date du 21 juillet 1987 par laquelle le conseil d'administration de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés a refusé de formuler un avis ;

Le Conseil d'Etat (section sociale) entendu,

- CHAPITRE Ier : Mission des unités participant au service d'aide médicale urgente appelées S.A.M.U..

Article 1 (abrogé au 26 juillet 2005) En savoir plus sur cet article...

Abrogé par Décret n°2005-840 du 20 juillet 2005 - art. 5 (V) JORF 26 juillet 2005

Les unités appelées S.A.M.U. participent à l'aide médicale urgente dans le cadre du présent décret.

Article 2 (abrogé au 26 juillet 2005) En savoir plus sur cet article...

Abrogé par Décret n°2005-840 du 20 juillet 2005 - art. 5 (V) JORF 26 juillet 2005

Les S.A.M.U. ont pour mission de répondre par des moyens exclusivement médicaux aux situations d'urgence.

Lorsqu'une situation d'urgence nécessite la mise en œuvre conjointe de moyens médicaux et de moyens de sauvetage, les S.A.M.U. joignent leurs moyens à ceux qui sont mis en œuvre par les services d'incendie et de secours en application de l'article 16 de la loi du 22 juillet 1987 susvisée.

Article 3 (abrogé au 26 juillet 2005) En savoir plus sur cet article...

Abrogé par Décret n°2005-840 du 20 juillet 2005 - art. 5 (V) JORF 26 juillet 2005

Pour l'application de l'article 2 ci-dessus, les S.A.M.U. exercent les missions suivantes :

- 1° Assurer une écoute médicale permanente ;
- 2° Déterminer et déclencher, dans le délai le plus rapide, la réponse la mieux adaptée à la nature des appels ;
- 3° S'assurer de la disponibilité des moyens d'hospitalisation publics ou privés adaptés à l'état du patient, compte tenu du respect du libre choix, et faire préparer son accueil ;
- 4° Organiser le cas échéant le transport dans un établissement public ou privé en faisant appel à un service public ou à une entreprise privée de transports sanitaires ;
- 5° Veiller à l'admission du patient.

Article 4 (abrogé au 26 juillet 2005) En savoir plus sur cet article...

Abrogé par Décret n°2005-840 du 20 juillet 2005 - art. 5 (V) JORF 26 juillet 2005

Les S.A.M.U. participent à la mise en œuvre des plans O.R.S.E.C. et des plans d'urgence prévus par les articles 2 à 4 de la loi du 22 juillet 1987 susvisée, et notamment ceux visés au 2° de l'article 3 destinés à porter secours à de nombreuses victimes.

Un rôle de coordination interdépartementale pour l'exercice des missions définies à l'article 3 du présent décret peut être confié à un ou plusieurs S.A.M.U. par l'autorité compétente de l'Etat désignée par les articles 5 à 9 de la même loi.

Article 5 (abrogé au 26 juillet 2005) En savoir plus sur cet article...

Abrogé par Décret n°2005-840 du 20 juillet 2005 - art. 5 (V) JORF 26 juillet 2005

Les S.A.M.U. peuvent participer à la couverture médicale des grands rassemblements suivant les modalités arrêtées par les autorités de police concernées.

Article 6 (abrogé au 26 juillet 2005) En savoir plus sur cet article...

Abrogé par Décret n°2005-840 du 20 juillet 2005 - art. 5 (V) JORF 26 juillet 2005

Outre leurs missions directement liées à l'exercice de l'aide médicale urgente, les S.A.M.U. participent aux tâches d'éducation sanitaire, de prévention et de recherche.

Ils apportent leur concours à l'enseignement et à la formation continue des professions médicales et paramédicales et des professionnels de transports sanitaires ; ils participent également à la formation des secouristes, selon les modalités déterminées par le décret du 4 janvier 1977 susvisé.

- CHAPITRE II : Organisation des S.A.M.U..

Article 7 (abrogé au 26 juillet 2005) En savoir plus sur cet article...

Abrogé par Décret n°2005-840 du 20 juillet 2005 - art. 5 (V) JORF 26 juillet 2005

Le ministre chargé de la santé arrête la liste des établissements hospitaliers dotés d'unités participant à l'aide médicale urgente appelées S.A.M.U. et détermine le champ de compétence territoriale de ces unités.

Article 8 (abrogé au 26 juillet 2005) En savoir plus sur cet article...

Abrogé par Décret n°2005-840 du 20 juillet 2005 - art. 5 (V) JORF 26 juillet 2005

Pour répondre dans les délais les plus brefs aux demandes d'aide médicale urgente, les centres de réception et de régulation des appels visés à l'article 4 de la loi du 6 janvier 1986 susvisée sont dotés d'un numéro d'appel téléphonique unique, le 15.

Les installations de ces centres permettent, dans le respect du secret médical, les transferts réciproques d'appels et, si possible, la conférence téléphonique avec les centres de réception d'appels téléphoniques des services d'incendie et de secours dotés du numéro d'appel 18, ainsi qu'avec ceux des services de police et de gendarmerie.

Les centres de réception des appels du n° 15 et du n° 18 se tiennent mutuellement informés des opérations en cours dans les plus brefs délais.

Ils réorientent vers le centre compétent tout appel n'entrant pas directement dans leur domaine d'action.

Lorsque les centres de réception des appels dotés du numéro téléphonique 15 reçoivent une demande d'aide médicale urgente correspondant à une urgence nécessitant l'intervention concomitante de moyens médicaux et de moyens de sauvetage, ils transmettent immédiatement l'information aux services d'incendie et de secours qui font alors intervenir les moyens appropriés, conformément à leurs missions.

Les mêmes centres sont immédiatement informés des appels reçus par les services d'incendie et de secours sous le numéro 18 lorsqu'il s'agit d'une situation d'urgence visée à l'article 2.

Article 9 (abrogé au 26 juillet 2005) En savoir plus sur cet article...

Modifié par Décret n°88-199 du 29 février 1988 - art. 1 (V) JORF 2 mars 1988
Abrogé par Décret n°2005-840 du 20 juillet 2005 - art. 5 (V) JORF 26 juillet 2005

Les dispositifs d'interconnexion nécessaires seront mis en place dans un délai maximum de trois ans courant à partir de la date de publication du présent décret. Avant leur installation, le préfet arrête, après avis du comité départemental de l'aide médicale urgente et des transports sanitaires, les modalités transitoires destinées à garantir l'information réciproque immédiate et permanente des centres de réception des appels.

Article 10 (abrogé au 26 juillet 2005) En savoir plus sur cet article...

Abrogé par Décret n°2005-840 du 20 juillet 2005 - art. 5 (V) JORF 26 juillet 2005

Pour l'exercice de leurs missions, les S.A.M.U. disposent des moyens en matériel et en personnel médical et non médical chargé de la réception et de la régulation des appels, adaptés aux besoins de la population qu'ils desservent.

Ils constituent, selon l'organisation de l'établissement hospitalier dans lequel ils sont implantés, un service ou un pôle d'activité.

- CHAPITRE III : Participation des médecins d'exercice libéral au centre de réception et de régulation des appels médicaux.

Article 11 (abrogé au 26 juillet 2005) En savoir plus sur cet article...

Abrogé par Décret n°2005-840 du 20 juillet 2005 - art. 5 (V) JORF 26 juillet 2005

Les centres de réception et de régulation des appels permettent, grâce notamment au numéro d'appel unique dont ils sont dotés, de garantir en permanence l'accès immédiat de la population aux soins d'urgence et la participation des médecins d'exercice libéral au dispositif d'aide médicale urgente.

La participation de ceux-ci, comme celle des autres intervenants, au dispositif d'aide médicale urgente est déterminée par convention.

Article 12 (abrogé au 26 juillet 2005) En savoir plus sur cet article...

Abrogé par Décret n°2005-840 du 20 juillet 2005 - art. 5 (V) JORF 26 juillet 2005

Dans chaque département, la convention est passée entre :

- l'établissement hospitalier où est situé le S.A.M.U. ;
- les instances départementales des organisations nationales représentatives des praticiens qui en ont fait la demande ;
- les associations de médecins ayant pour objet la réponse à l'urgence, qui en ont fait la demande ;
- les établissements privés d'hospitalisation, volontaires pour accueillir les urgences ;
- les collectivités territoriales et les autres personnes morales assurant le financement du fonctionnement du centre de réception et de régulation des appels médicaux.

Article 13 (abrogé au 26 juillet 2005) En savoir plus sur cet article...

Abrogé par Décret n°2005-840 du 20 juillet 2005 - art. 5 (V) JORF 26 juillet 2005

La convention détermine notamment [*contenu*] :

- le plan de financement détaillé du centre de réception et de régulation des appels médicaux ;
- les moyens apportés respectivement par chacune des parties contractantes ;
- les modalités selon lesquelles la réception et la régulation des appels sont organisées conjointement ;
- les modalités de gestion du centre de réception et de régulation des appels médicaux ;
- la durée, les modalités de dénonciation, de révision et de reconduction de l'accord.

Article 14 (abrogé au 26 juillet 2005) En savoir plus sur cet article...

Modifié par Décret n°88-199 du 29 février 1988 - art. 1 (V) JORF 2 mars 1988

Abrogé par Décret n°2005-840 du 20 juillet 2005 - art. 5 (V) JORF 26 juillet 2005

Cette convention est approuvée par le préfet du département, qui consulte auparavant le conseil départemental de l'ordre des médecins chargé de veiller au respect de la déontologie médicale.

Article 15 (abrogé au 26 juillet 2005) En savoir plus sur cet article...

Abrogé par Décret n°2005-840 du 20 juillet 2005 - art. 5 (V) JORF 26 juillet 2005

L'organisation du centre de réception et de régulation des appels médicaux garantit l'indépendance professionnelle du praticien et la liberté de choix du malade, dans la mesure où celui-ci est en état de l'exprimer. La convention ne peut faire obstacle aux devoirs généraux envers les malades en vertu du code de déontologie médicale.

Article 16 (abrogé au 26 juillet 2005) En savoir plus sur cet article...

Abrogé par Décret n°2005-840 du 20 juillet 2005 - art. 5 (V) JORF 26 juillet 2005

Le fonctionnement du centre de réception et de régulation des appels médicaux doit être assuré sans discontinuité ; il assure une réponse rapide et adaptée aux appels reçus.

Pendant leur tour de garde, les médecins qui assurent la permanence des soins restent disponibles et tiennent le centre de réception et de régulation des appels médicaux informés du début et de la fin de chacune de leurs interventions.

Article 17 (abrogé au 26 juillet 2005)

Le ministre d'Etat, ministre de l'économie, des finances et de la privatisation, le ministre de l'intérieur, le ministre des affaires sociales et de l'emploi, le ministre de l'industrie, des P. et T. et du tourisme, le ministre de l'agriculture, le ministre délégué auprès du ministre de l'économie, des finances et de la privatisation, chargé du budget, le ministre délégué auprès du ministre des affaires sociales et de l'emploi, chargé de la santé et de la famille, et le ministre délégué auprès du ministre de l'industrie, des P. et T. et du tourisme, chargé des P. et T., sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au Journal officiel de la République française.

JACQUES CHIRAC Par le Premier ministre :

Le ministre des affaires sociales et de l'emploi,

PHILIPPE SÉGUIN

Le ministre d'Etat, ministre de l'économie,

des finances et de la privatisation,

ÉDOUARD BALLADUR

Le ministre de l'intérieur,

CHARLES PASQUA

Le ministre de l'industrie, des P. et T. et du tourisme,

ALAIN MADELIN

Le ministre de l'agriculture,

FRANÇOIS GUILLAUME

Le ministre délégué auprès du ministre de l'économie,

des finances et de la privatisation,

chargé du budget,

ALAIN JUPPÉ

Le ministre délégué auprès du ministre

des affaires sociales et de l'emploi,

chargé de la santé et de la famille,

MICHÈLE BARZACH

Le ministre délégué auprès du ministre

de l'industrie, des P. et T. et du tourisme,

chargé des P. et T.,

GÉRARD LONGUET