

PARAMEDICALISATION ETAT DES LIEUX
PERSPECTIVES D'AVENIR

Bruno Garrigue
Cadre de santé IADE
Samu 93
125 Route de Stalingrad
93000 Bobigny

NOTE AUX LECTEURS

Dans tout le document lire indifféremment Infirmier, Infirmière

LISTE DES ABRÉVIATIONS

ACLS : Advanced cardiac life support.
AP-HP : Assistance publique hôpitaux de Paris.
ARH : Agence régionale d'hospitalisation.
BCLS : Basic cardiac life support.
CCA : Certificat de capacité d'ambulancier.
CMU : Capacité de médecine d'urgence.
CREDES : Centre de recherches d'études et de documentation en économie de la santé.
CRRA : Centre de réception et de régulation des appels.
DDASS : Direction départementale d'action sanitaire et sociale.
DGS : Direction générale de la santé.
DHOS : Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins.
DRASS: Direction régionale d'action sanitaire et sociale.
DRESS : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
DSA : Défibrillateur semi-automatique.
IADE : Infirmier anesthésiste diplômé d'état.
IDE : Infirmier diplômé d'état.
JEPU : Journées d'enseignement post universitaire.
MAPAR : Mise au point en anesthésie réanimation.
MEDEF : Mouvement des entreprises de France.
PARM : Permanencière auxiliaire de régulation médicale.
PSMU: Préposé aux soins médicaux d'urgence.
SAMU : Service d'aide médicale urgente.
SDIS : Service départemental d'incendie et de secours.
SFAR : Société Française d'anesthésie réanimation.
SFMU : Société francophone de médecine d'urgence.
SIAMU : Soins intensifs et aide médicale urgente.
SMUR : Service mobile d'urgence et de réanimation.
SROS : Schéma régional d'organisation sanitaire.
UMH : Unité mobile hospitalière.

Confrontés aux réalités économiques et démographiques les services d'aide médicale urgente (SAMU) se doivent d'évoluer dans un souci d'efficacité combinant qualité des soins optimale pour la population et coût raisonnable pour la société.

Les notions de compétences propres à chacun des différents acteurs de santé se posent alors comme garantes de la sécurité des patients pris en charge, le tout dans un cadre législatif et institutionnel contraignant et parfois flou.

Des expériences récentes d'interventions extra hospitalières régulées par le Samu et responsabilisées par un Infirmier diplômé d'état, ont ébranlé le milieu des Samu Français.

Une argumentation récente du Pr Carli, chef de service du Samu de Paris, réagissant aux projets de remplacement des médecins de Smur par des « Paramédics » ouvre une piste de réflexion sur la faisabilité de transports inter hospitaliers par des paramédicaux.¹

Une réflexion a été menée au sein du ministère de la santé² et de différentes sociétés savantes concernant la réalisation de certains transferts inter-hospitaliers par des professionnels de santé infirmiers sans médecin présent dans l'ambulance. La même d'interventions primaires encadrée par un paramédical fait l'objet de nombreux sujets de discussion au sein de ces mêmes sociétés savantes .

Après un rappels des différents concepts évoqués nous illustrerons notre propos sur la paramédicalisation grâce aux résultats d'une enquête nationale réalisée en 2003 auprès de tous les SAMU français et centrée sur les transferts inter –hospitaliers.

Nous détaillerons la problématique soulevée par l'émergence de ce nouveau mode d'exercice et insisterons particulièrement sur la compétence des professionnels concernés.

Nous conclurons en élargissant le débat sur les perspectives futures en proposant de nouvelles pistes de recherche.

¹ P.Carli, Non aux paramédics, La revue des Samu, 297-299, septembre 2003.

² Circulaire N°195/DHOS/01/2003 du 16 avril 2003 relative à la prise en charge des urgences.

1.1. DESCRIPTION DE L'EXISTANT

A l'heure actuelle en France deux solutions s'offrent au médecin demandeur d'un transfert inter hospitalier : soit un transfert par ambulance agréée avec deux professionnels dont un doit être titulaire du CCA (Certificat de capacité ambulancier), soit un transfert médicalisé régulé par le médecin du SAMU territorialement compétent mobilisant une équipe complète de réanimation.

La composition de ces équipes de réanimation est fixée par un décret³. Certains de ces transferts ne nécessitent qu'une surveillance et des soins infirmiers.⁴ Le nombre des transferts concernés est évalué à 1500 par année pour Paris et la petite couronne.⁵

La charge de travail pour un Smur peut être considérable. A titre indicatif pour le Smur d'un Samu de la petite couronne parisienne le nombre de transferts inter-hospitaliers s'élève à 2728 transports pour l'année 2002. le nombre de transports primaires pour cette même année est de 3843. Le transfert inter hospitalier est une activité fortement consommatrice en temps médical.

Pour ce qui est de l'intervention primaire il n'existe que peu d'alternatives entre l'engagement d'une équipe médicalisée de réanimation et la prise en charge par des secouristes .

Les Samu sont confrontés à de nombreux appels rendant de plus en plus difficile l'adéquation des ressources disponibles aux demandes d'interventions. Pour un département de la petite couronne parisienne comportant 1 350 000 habitants répartis sur 40 communes le nombre d'affaires médicales traitées en 2002 est de 147065.⁶

1.2. DEMOGRAPHIE, GEOGRAPHIE

1.2.1. Une volonté institutionnelle de réforme.

En novembre 2002 une commission présidée par le sénateur Berland étudie la démographie des professions de santé et rend ses conclusions.⁷

« L'étude de la pénurie s'appuie sur une approche par le besoin de soins.

C'est un constat largement partagé, les difficultés d'estimation naissent de l'absence fréquente de critères objectifs qui permettraient d'élaborer une analyse réelle des besoins. Ces critères sont dans certains cas extrêmement délicat à définir tant les paramètres à prendre en compte sont nombreux. Ils touchent à la fois l'organisation du système de santé, le contenu des métiers et les déterminants géographiques et sociaux en perpétuelle évolution".

« En effet la commission constate qu'il existe un décalage entre les objectifs professionnels et le contenu réel des métiers. Pourtant la formation des professionnels a évolué, les pathologies ont changé, la technicité s'est développée. »

Cette situation a conduit à faire le constat que les professionnels de santé n'étaient pas utilisés au niveau optimal de leur fonction et de leurs connaissances.

« Il existe beaucoup de chevauchements d'activité entre certaines professions médicales et entre professions médicales et paramédicales. On n'a pas su créer de nouveaux métiers dans le domaine de la santé pour répondre à de nouveaux besoins. » La commission souligne que des délégations de compétences entre les différents métiers pourraient être envisagées.

³ Décret N° 97-620 du 30 mai 1997

⁴ Projet THIS (transports infirmiers inter hospitalier sécurisés), P.Carli et Col Samu de paris .Cité en annexe.

⁵ Ibid.

⁶ Rapport activité Samu 93 ,Année 2003.

⁷ Rapport Berland , Novembre 2002

Le Pr Berland responsable de cette commission rend un rapport plus complet ciblé sur le transfert de compétences d'activités médicales vers les paramédicaux en octobre 2003.⁸ Dans ce rapport, il est fait mention des expériences étrangères concernant la réalisation d'actes médicaux par des professionnels formés à cet effet. En France peu d'expériences de ce type ont eu lieu, la légitimité de ces transferts reposant sur des compétences acquises et non par une formation appropriée, les professionnels n'en ont pas obtenu la reconnaissance.⁹

Concernant les activités de prise en charge pré hospitalières de patients et les activités de transferts inter hospitaliers un chapitre leur est consacré nous l'étudierons plus en détail au niveau des expériences françaises.

On observe actuellement une pénurie de médecins due à une démographie en baisse prévue jusqu'en 2020¹⁰ et à l'application des protocoles d'accords sur les 35 heures. Cette pénurie est particulièrement sensible dans les secteurs de l'anesthésie, des urgences et de la réanimation.

Un rapport du CREDES (Centre de Recherche d'Etude et de Documentation en Economie de la Santé) de janvier 2003 concernant le territoire national et l'accès aux soins fait apparaître une inévitable restructuration de la géographie hospitalière. Le regroupement des plateaux techniques spécialisés entraînera une augmentation des transferts inter hospitaliers de patients aux pathologies plus ou moins complexes nécessitant des monitorages particuliers¹¹.

Le décret d'actes infirmiers laisse une grande marge d'interprétation sur la légalité de ce nouveau mode d'exercice.¹²

Se pose donc la question des compétences, et de la formation de cet infirmier pour réaliser ces transports en toute légalité pour lui et l'institution et surtout, en toute sécurité pour le patient.

1.3. NOTIONS ECONOMIQUES.

La situation économique dans le domaine de la santé étant préoccupante la rationalisation de toutes les étapes de prise en charge des patients est étudiée. La composante économique et financière pour les établissements de soins est donc prépondérante dans ces études.

1.3.1. Le personnel

Trois personnes étant nécessaires pour assurer un transfert inter hospitalier, ces structures occasionnent des coûts en personnel conséquents.

Le tableau suivant donne les valeurs annuelles de rémunération brute, hors primes suivant les personnels considérés¹³. Ces chiffres sont à pondérer en fonction du nombre d'heures travaillées. Mais même en se basant sur une durée de travail de 35 heures pour les personnels non-médecins et une base de travail de 48 h pour les médecins le différentiel reste significatif.

⁸ Rapport d'étape Pr Berland concernant le transfert des compétences, octobre 2003, <http://www.sante.gouv.fr>.

⁹ Idem

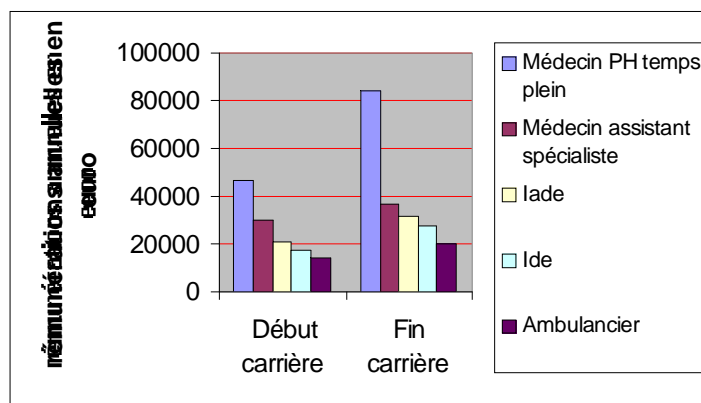
¹⁰ Etudes et résultats ,DREES,N°161, mars 2002

¹¹ <http://www.sante.gouv.fr/htm/publication/dhos/sros/sommaire.pdf>

¹² Décret N°2002-194 du 11 février 2002

¹³ Données mai 2002 ,Samu de France, AP-HP

Tableau 1 : Rémunérations brutes moyennes selon les professions



Le différentiel entre la rémunération des différents acteurs est important. Une étude CREDES (centre de recherche d'études et de documentation en économie de la santé)¹⁴, montre que l'intérêt économique du partage des tâches entre médecin et infirmières aux Etats unis et au Canada dépend du différentiel entre les salaires des acteurs, du coût de la formation, et la productivité des différents professionnels. Les modèles économiques publiés concluent à l'efficacité de la délégation. Cette voie suscite un intérêt croissant en France¹⁵.

1.3.2. La facturation

L'exemple donné est celui de L'AP-HP. Il existe une tarification forfaitaire de 245 _ par tranche de 30 minutes de prise en charge pour les transports terrestres et de 8.21 _ la minute pour les transports aériens. Ces tarifs peuvent varier selon les Smur hors AP-HP. Si le patient est transféré mais non admis (transferts dans les services d'urgence par exemple) les frais sont imputés au patient (prise en charge totale ou partielle par la sécurité sociale ou la mutuelle). Si le patient est admis les frais sont à la charge de l'hôpital demandeur du transfert définitif. Pour les transferts internes à l'AP-HP il n'y a pas de facturation. Il n'existe pas à l'heure actuelle de nomenclature permettant de facturer les transports para médicalisés.

1.4. LES EXPERIENCES FRANÇAISES.

Le rapport du sénateur Berland fait état de deux expériences.

-Le Samu 83 qui teste une unité de prise en charge des patients (aussi bien en transports primaires que secondaires), responsabilisée par un infirmier DE non spécialisé. Cette étude n'est pas encore évaluée complètement mais trois points essentiels en émergent.

- Para médicaliser n'est pas remplacer un médecin par un Iade, mais faire assurer des actes strictement infirmiers sous contrôle médical.
- Ce mode d'exercice ne peut se concevoir que dans une structure possédant un niveau médicalisé.
- La para médicalisation ne peut se concevoir qu'avec une régulation forte.¹⁶

-La deuxième expérience citée concerne la mise en place de transferts inter hospitaliers réalisés par des Iade au Samu de Paris. Cette expérience débutant pendant ce travail, elle n'est pas pour le moment évaluable.

Une autre expérience publiée lors du congrès Urgences 2003¹⁷ concerne la mise en place de transferts inter hospitaliers par des Ide essentiellement des patients de cardiologie. Ainsi 1/5 des

¹⁴ Fabienne.Midy, Efficacité et efficacité de la délégation d'actes des médecins généralistes aux infirmières, In Questions d'économie de la santé, Bulletin d'information en économie de la santé ,N°65, mars 2003.

¹⁵ Rapport Berland , <http://www.sante.gouv.fr>, Novembre 2002

¹⁶ Rapport Berland octobre 2003 Op cit.

¹⁷ Dr Frédéric Berthier Samu 44, faut il médicaliser les transports secondaires ?, controverse, congrès SFMU 2003, Palais des congrès Paris.

transferts secondaires sont assurés par des IDE. Ce nombre est limité par la pénurie ...d'IDE ! Cette étude insiste sur le besoin d'officialiser ce qui se fait déjà.

Le SAMU du Haut Rhin conduit une expérience depuis plusieurs années d'interventions primaires responsabilisées par des IDE formés grâce à des modules complémentaires (PHTLS, DSA, stage en bloc opératoire). Cette création d'un moyen supplémentaire d'intervention en collaboration avec le SDIS et les médecins libéraux apporte un renfort en matériel, et un support technique éventuel pour des médecins libéraux présents sur place.¹⁸présent sur place.

L'étude des résultats de notre enquête tend à confirmer que le nombre d'expériences de ce type sont beaucoup plus nombreuses. Ainsi certains Samu français ont mis en place des dispositifs permettant de faire réaliser des transferts inter hospitaliers par des Iade ou Ide.

En France l'infirmier de sapeur pompier¹⁹ est parfois intégré à la chaîne des secours pré-hospitaliers au sein des équipes secouristes rappelons que c'est avant tout un infirmier diplômé d'état ou un Iade. Dans certains départements, il peut être responsable d'une intervention²⁰. Les infirmiers sapeur pompiers exercent également au sein de certains centres de traitement des appels des services départementaux d'incendie et de secours.

On retrouve l'infirmier dans le cadre d'associations (Croix rouge Française). L'infirmier est alors membre de l'équipe sans forcément être responsable d'intervention.²¹

Une autre expérience est en cour d'évaluation au Samu de Lyon sur la prise de bilans secouristes²² des sapeurs pompiers par un infirmier du Samu intégré à la régulation médicale.

1.5. LES EXPERIENCES ETRANGERES.

Il existe deux grands systèmes d'urgence pré hospitalière faisant l'objet de débats passionnés entre deux philosophies différentes. Le (scoop and run) anglo saxon qui est basé sur un relevage rapide et un transfert vers une structure hospitalière et le système d'inspiration française qui achemine une équipe complète sur les lieux même de la détresse afin de lui prodiguer des soins identiques que ceux prodigués en milieu hospitalier (stay and stabilize)²³.

Nous avons résumé les différents modes de prise en charge selon les pays sur le plan des transferts inter hospitaliers.

¹⁸ Stephan GRAESSLIN , Cadre de santé , SAMU 68, Congrès Urgences 2004, Paris.

¹⁹ Article 24 du décret 97-1225 du 26 décembre 1997 relatif à l'organisation des services d'incendie et de secours.

²⁰ V.Monmartreau,V.Dubrous, L'infirmier de sapeurs Pompiers,in cour supérieur infirmier, Urgences 2003, Ed scientifique L&C, paris 2003,p571.

²¹ C.Licette, L'infirmier Croix Rouge Française, in Cour supérieur infirmier, Urgences 2003, Ed scientifique L&C , paris, 2003 p563

²² . Gestion des bilans secouristes des sapeurs-pompiers par un infirmier en régulation : expérience pilote au SAMU-69. *L. Roccisano, F. Seemann, D. Catillon, P. Huguet, B. Roury, G. Bagou (Lyon) ,Congrès urgences 2003, paris.*

²³ F.Adnet, Cl Lapandry, F Lapostolle, Comparaison des systèmes d'urgence préhospitaliers en France ,en Europe et aux Etats Unis , Les urgences pré-hospitalières J-E De La Coussaye, 2003,Masson.

Tableau 2 :Récapitulatif des systèmes de secours dans différents pays²⁴

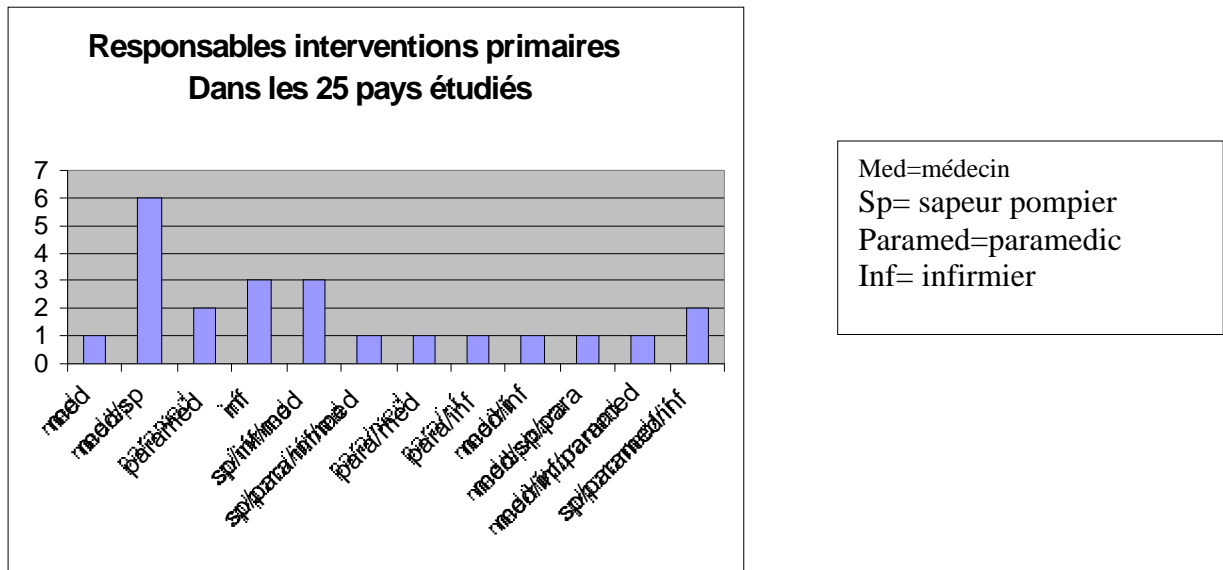
Pays	Régulation des appels de santé	Responsable d'intervention primaire	Transports inter-hospitaliers médicalisés
France	Médicalisé	Médecin Pompier Ambulancier	Oui
Etats unis	Non	Paramedics	Oui
Danemark	Paramédicalisé	Infirmier	Oui
Estonie	Partiel	Pompier Médecin	?
Turquie	Non	Médecin Pompier Infirmier	Non
Suède	?	Paramedics Infirmier spécialisé Médecin Pompier	?
Espagne	Oui	Médecin Infirmier Pompier	Oui
Italie	Partiel	Paramedics Infirmier Pompier	Oui
Portugal	Médicalisé	Médecin Infirmier Pompier	Oui
Belgique	Non	Médecin Infirmier	Oui
Luxembourg	Non		?
Russie	Infirmier	Paramedics Médecin	Oui
Pologne	Non		
Grande Bretagne	Pers non médical	Paramedics	Oui
Suisse	Non	Médecin Pompier	Oui
Allemagne	Infirmier	Médecin Paramedics Infirmier Pompier	Oui
République tchèque	Infirmier	Médecin	Oui
Autriche	?	Médecin Pompier	Oui
Finlande	?	Médecin Paramedics Pompier	?
Norvège	??	médecin pompier	?
Islande	?	Médecin Pompier	?
Pays Bas	Non	Infirmier	?
Hongrie		Médecin Pompier	Oui
Irlande		Paramedics Infirmier	?
Grèce		Médecin Infirmier Paramedics	?

Il existe 13 combinaisons de professionnels différentes, avec une réponse graduée en fonction de l'intervention. Dans 12 pays l'infirmier peut être responsable d'une intervention primaire.

Dans 14 pays sur les 25 étudiés, il existe une médicalisation des transferts inter hospitaliers et dans 4 d'entre eux le transfert inter hospitalier est médicalisé contrairement à l'échelon primaire.

²⁴ D'après :F Adnet et al, Op/cit p109

Figure 1



Les différentes combinaisons possibles entre les différents responsables d'interventions primaires [fig. 1] montrent que l'intervention des pompiers, puis d'un médecin si besoin est la plus fréquente (6 fois sur 25). L'infirmier est cité 7 fois dont 1 fois comme intervenant unique.

La notion de régulation médicale n'est pas partagée par tous les pays (Tableau n°2). Seuls 5 pays médicalisent au moins partiellement la réception des appels.

Certains pays comme l'Italie ou la Russie possèdent un système de médicalisation partielle variant suivant les régions²⁵.

Les infirmiers sont retrouvés 4 fois au sein des régulations. Des expériences en cours aux Etats Unis et en Grande Bretagne semblent montrer que la régulation des appels par des infirmiers apporterait des bénéfices dans l'adéquation des moyens aux demandes exprimées.^{26/27}

L'étude du système américain²⁸ montre que les interventions primaires sont confiées aux paramedics mais les transferts inter-hospitaliers sont réalisés en présence de médecins.

Les unités d'interventions sont composées d'un paramedics formé BCLS (Basic cardiac life support)²⁹ et ACLS (Advanced cardiac life support)³⁰ et d'un EMT (Emergency médical technician) formé BCLS.

²⁵ Repetto C, Casagrande I, et al. Emergency medicine: the Italian experience. Ann. Emergency. Med 1998, 32(2): 248-252

²⁶ Smith WR, Culley L, et al. Emergency medical service telephone referral program: an alternative approach to nonurgent 911 calls. Prehosp. Emergency. Care, 2001, 5(2): 174-180.

²⁷ Wrigley H, George S, Smith H, Snooks H, Glasper A, Thomas E, Trends in demand for emergency ambulance services in Wiltshire over nine years : Observation study. BMJ 2002, :646-647.

²⁸ F. Adnet, J. Minadeo, C. Lapandry, Comparaison entre les systèmes de médecine d'urgence français et américain : L'exemple de Cleveland, JEUR, 1998, 3, 115-123

²⁹ BCLS : Basic Cardiac Life Support, secourisme de base, Massage cardiaque, ventilation, Position latérale de sécurité

³⁰ ACLS : Advanced Cardiac Life Support, Permettant la réalisation de gestes comme la voie veineuse, l'intubation, le maniement de certaines drogues. La durée de cette formation est de 6 mois. Le niveau de compétences se situe entre le secouriste et l'infirmier.

Le niveau médicalisé utilise comme vecteur l'hélicoptère avec un équipement proche de celui des Smur français. L'équipage est composé de deux pilotes, d'un médecin, d'une infirmière.

A 90% ces équipes réalisent des transports inter-hospitaliers ou réalisent des gestes de prise en charge au sein même d'hôpitaux ne possédant pas l'infrastructure suffisante pour le traitement de patients graves.

En Belgique, les secours sont médicalisés sans régulation véritable. L'équipage est composé d'un médecin et d'une infirmière graduée SIAMU (soins intensifs et aide médicale d'urgence). La formation des infirmières peut se compléter par une quatrième année d'enseignement répartie sur 31 semaines et comportant 450 heures de cour théorique ainsi que 510 heures de stages.

Au terme de cette formation l'infirmier est gradué spécialisé en soins intensifs et aide médicale urgente. A noter que la spécialisation d'infirmier anesthésiste n'existe pas en Belgique.

Au Canada les transports et évacuations vers l'hôpital se font soit avec médecin, soit avec une infirmière dite « autorisée » soit avec un PSMU (Préposés aux soins médicaux d'urgence). Le PSMU est un professionnel ambulancier qui a reçu une formation de deux ans c'est l'équivalent d'un EMT (emergency medical technician) aux Etats Unis, un guide récent (2002) disponible sur Internet³¹ détaille l'évaluation du patient, proposant une aide décisionnelle pour l'équipe de transport et le vecteur de celui ci. Le patient pris en charge est simplement appelé « client », ce qui pourra choquer à la première lecture.

En intervention primaire ce sont des « paramedics » qui assurent les interventions. Ceux ci sont soit qualifiés BLS soit ALS et PHTLS. Dans la région de Montréal des médecins participaient aux interventions primaires . Aujourd'hui ceux ci participent à l'évaluation des pratiques , à la rédaction de protocoles de recherche et de soins mais sont absent du coté interventionnel. La formation des techniciens ambulanciers tend à se rapprocher du système nord -américain . Il est à noter qu'au sein d'Urgence Santé (région de Montréal) ,les techniciens actuellement formés ALS (techniciens avancés) sont souvent d'anciens infirmiers ou inhalothérapeutes (équivalent de l'Iade).

Cet aperçu donne une idée de l'hétérogénéité des différents systèmes de secours pré hospitaliers dans le monde. Des disparités régionales voire locales compliquent encore l'inventaire exhaustif de tous les systèmes. Les situations de crises (catastrophe, conflit...) peuvent amener à une adaptation des tâches de chacun des acteurs à la situation.

Chaque système possède des atouts et des faiblesses; peut être faut-il rechercher une complémentarité des différentes approches pour optimiser la prise en charge globale des patients ?

2. RAPPELS DE DIFFERENTS CONCEPTS

2.1. UN PEU D'HISTOIRE.

Comme le dit Auguste Comte³² « *On ne connaît pas complètement une science tant qu'on n'en sait pas l'histoire* ». Nous allons donc dans ce chapitre remonter le cours de l'histoire afin de bien cerner l'évolution du concept de médecine d'urgence pré hospitalière au travers des ages pour arriver au système français que nous allons décrire. Puis nous nous intéresserons à l'historique de la profession d'infirmier anesthésiste qui au travers du temps s'est forgé une forte identité professionnelle qu'il faudra appréhender pour avancer dans le concept.

³¹http://www.hcsc.gc.ca/dgspni/bsi/soins_infirmiers/ressources/guide_du_transport/index.htm#Préface

³² Auguste Comte(1789-1857) in Cour de philosophie positive. <http://pages.infinit.net/sociojmt>

2.1.1. Histoire de la médecine d'urgence pré-hospitalière

La médecine d'urgence pré-hospitalière est historiquement liée aux guerres. Tite Live³³ relate que le roi d'Égypte Ptolémée VI, blessé à la tête au cours d'un combat livré en 146 Av JC contre Alexandre Balas, est trépané sur-le-champ de bataille, ce qui implique alors un service de secours complet sur place.

Hippocrate³⁴ insiste sur la notion d'urgence : « *Les moments favorables pour intervenir passent promptement et la mort survient si l'on a trop différé* ». Plus tard Gallien³⁵ partagera les idées d'Hippocrate sur l'urgence, proposant que les médecins aient toujours leur trousse sous la main.

Les Romains ont longtemps tardé à faire profiter les blessés des progrès de la médecine probablement pour des raisons d'éthique stoïcienne et guerrière s'opposant à l'éthique sanitaire. Puis ils comprennent l'intérêt des secours sur le terrain comme en témoignent les gravures de la colonne Trajane³⁶. Tacite rapporte l'existence de secours d'urgence organisés. On retrouve à Pompéi des traces de stockage de matériel d'incendie et de secours.

Le moyen âge : on observe chez les Byzantins des « despotats » infirmiers à cheval non armés, chargés de donner de l'eau aux blessés et de les ramener en lieu sûr. Du côté de la civilisation arabe la science fait des progrès considérables. Notons qu'en Espagne musulmane le chirurgien Abulcassis préconise la trachéotomie sur le champ de bataille.

Les mérovingiens et carolingiens exclurent par contre toute assistance aux blessés.

Jusqu'au XIX^{ème} siècle l'église devient en France détentrice du pouvoir médical ralentissant considérablement les progrès en chirurgie. L'affranchissement des traditions antiques et de la pression de l'église va permettre une mutation des secours. La laïcisation entraîne un progrès de l'organisation hospitalière et tend à faire se développer plus de technicité. On voit alors des médecins accompagnés d'infirmiers secourant malades et blessés.

Le progrès de l'armement entraîne une mutation de secours sur le champ de bataille (Apparition des arquebuses et bombardes, fusils et canon) à la fin du XV^{ème} siècle. Les plaies sont plus nombreuses, on ampute sur le champ de bataille au début du XVI^{ème} siècle. Ces amputations seront pour trois siècles la clef de l'enseignement de la médecine militaire.

En 1545 Ambroise Paré considéré comme père des médecins de l'avant publie un traité de chirurgie de l'avant. Il décrit les extractions de projectiles, l'usage d'antalgiques. Il réalise le premier hôpital ambulatoire en 1552.

En 1633 un médecin écossais Stephen Bradwell propose un premier guide de secours d'urgence pour les civils et les médecins. Ce sera l'ancêtre des manuels de secourisme.

Un édit royal de 1740 détaille un protocole de prise en charge par le grand public des noyés. On note alors une prolifération d'ouvrages concernant les premiers secours³⁷.

Le XIX^{ème} siècle verra l'avènement de Dominique Larrey et de ses ambulances volantes commandées par un chirurgien. Avec Percy, Larrey n'hésite pas sur le front à ligaturer des vaisseaux, amputer des membres. En 1809 durant la guerre d'Espagne est créée la première compagnie d'infirmiers et brancardiers.

Pendant la conquête de l'Algérie en 1830, les personnels de santé (pharmaciens chirurgiens, infirmiers) sont dans des ambulances qui portent secours sans délai aux blessés.

Henri Dunant, bouleversé par le massacre de Solferino improvise les premiers secours avec 300 volontaires. Il fondera la croix rouge en 1863.

Durant la guerre franco allemande de 1870 les médecins sont accompagnés d'un infirmier appelé « homme porte sac » ! .

La révolution industrielle entraîne une multiplicité des accidents civils. Les moyens de locomotion se développant, on découvre les traumatismes liés à l'automobile, au machinisme agricole, au chemin de fer. Les incendies célèbres entraînent le développement des moyens des secours et de prévention. A Madrid vers 1835 un service de brancardiers parcourt la ville à la recherche de blessés.

³³ Historien Romain (59 Av JC- An 17)

³⁴ Hippocrate (460-377 Av JC) produit le premier traité de médecine.

³⁵ Médecin grec (131-201) exerçant à Rome, domine la médecine du I^{ère} siècle et l'influencera jusqu'au XVIII^e.

³⁶ Colonne édifée par l'empereur Trajan en 113 .

³⁷ Bucchan traite du bouche a bouche en 1769.

En 1882 des ambulances hippomobiles pourvues d'interne et de brancardiers assurent les transferts de malades atteints de variole.

Notons que le premier service de secours professionnel à posséder son propre service de santé sera le corps des sapeurs pompiers.

Le docteur le Page (1862-1927) « trouve intolérable que les victimes soient arrachées aux incendies par d'héroïques moyens de sauvetage pour être abandonnées suffocantes et sanguinolentes sur le pavé à l'assistance aléatoire de témoins de bonne volonté »³⁸. Il intègre dans la formation de sapeurs pompiers des bases de secourisme.

L'apparition du télégraphe en 1837, va bouleverser les procédures d'alertes, premiers maillons de la chaîne des secours médicalisés.

En 1880 Henri Natchel, chirurgien, publie : « L'organisation à Paris d'ambulances urbaines analogues à celles des grandes villes d'Amérique ». Il observe la réalité des secours parisiens et décrit le système américain.

Si « il s'agit d'une simple fracture, à défaut de brancard, et pour gagner du temps, on hisse le blessé dans un fiacre. Le heurt du véhicule peut transformer une fracture simple en fracture compliquée... ». Il évoque alors des méthodes plus efficaces.

A New York le service des ambulances de l'hôpital de Bellevue a été établi en 1869. « Si le blessé ne paraît pas transportable au poste de police, l'alerte est donnée directement à l'hôpital par l'appareil télégraphique le plus proche. Quarante trois secondes après... l'ambulance sort de l'hôpital. Ces voitures sont légères attelées d'un seul cheval. A l'intérieur se trouve un brancard monté sur rail, dans une caisse sont aménagés des instruments, des médicaments... Le médecin est assis à l'arrière et le cocher actionne au pied une sonnerie afin de demander le passage. »³⁹

Ce concept se concrétisera à Paris en 1887 avec la création des ambulances urbaines de Saint Louis. On note un début de sectorisation de la capitale et une garde 24h/24. Ces ambulances sont médicalisées par un interne muni de sa trousse de premiers secours.

Un projet de régulation médicale naît afin de remplacer le téléphoniste parfois incompetent. Parallèlement un réseau d'ambulances paramédicales municipales régulées par un poste central voit le jour. Ce système n'est pas soutenu par le corps médical et disparaîtra en 1907.

Durant les deux guerres mondiales les secours progressent en terme d'organisation et d'efficacité grâce aux progrès de l'antibiothérapie⁴⁰, de l'anesthésie et de la réanimation. Les connaissances sur la transfusion sanguine développées par Wiener et Landsteiner permettront de réduire la mortalité et cet acte sera réalisé sur le terrain.

On voit apparaître les premières évacuations sanitaires aériennes en 1910 et le premier avion sanitaire est conçu en 1917 par Le docteur Chassaing.

En 1936 Kirschner, chirurgien à Heidelberg écrit : « Il ne s'agit pas d'amener aussi vite que possible le malade chez le médecin, mais le médecin auprès du malade ou du blessé. La menace est à son point culminant à proximité immédiate du moment et du lieu de l'accident. »⁴¹

De cette période de guerre vont émerger tous les principes de l'aide médicale urgente repris par la suite par les autorités sanitaires françaises.

La promulgation des lois sur la Sécurité sociale en 1945 permet un développement d'une politique sociale basée sur la solidarité et l'uniformité nationale. L'homme prévaut sur les moyens.

La circulaire du 5 janvier 1949 rappelle que « tout doit tendre au raccourcissement de la période séparant le moment de l'accident ou de la constatation de l'urgence, de l'arrivée du blessé ou du malade à l'hôpital, réception et transmission de l'alerte, intervention d'une ambulance et de son personnel qualifié. »

En 1954, l'épidémie de poliomyélite s'étend du Danemark à la France. Le professeur Lareng aménage un fourgon avec un poumon d'acier et une équipe composée d'un médecin et d'une infirmière en région Midi-pyrénées.

³⁸ La médecine d'urgence pré-hospitalière à travers l'histoire, Sandrine Poirson-Sicre, Glyphe et Biotem éditions ,novembre 2002.

³⁹ La médecine d'urgence pré hospitalière à travers l'histoire . Op .cit p127.

⁴⁰ Flemming découvre la pénicilline en 1928 ,Domagk découvre le premier sulfamide en 1935.

⁴¹ Histoire de la médecine d'urgence pré-hospitalière , F.Catala,H.Bellan in :Les urgences pré hospitalières, Jean-Emmanuel de la Coussaye, Masson, 2003

Louis Serre réalise durant cette période un transfert de 1000 kilomètres avec un patient ventilé manuellement.

Le premier service mobile d'urgence et de réanimation est créé à Paris par le pr. Cara pour effectuer des transferts inter-hospitaliers de patients en insuffisance respiratoire grave..

En 1958 s'effectue la première évacuation sanitaire en alouette II et la première intervention primaire à Toulouse.

En 1960 on expérimente les antennes de réanimation routières mais le transport des blessés n'est pas satisfaisant.

A Nancy, Larcen médicalise les ambulances des sapeurs pompiers par des internes hospitaliers.

En 1964 le Samu voit le jour à Toulouse et le premier Smur est créé après la promulgation du décret du 2 décembre 1965.

En 1968 on authentifie la dénomination de SAMU et une ambulance de transports secondaires est équipée et opérationnelle.

La loi sur l'aide médicale urgente (n° 86-11 Jo du 7/01/1986) marque le début de la reconnaissance légale de l'aide médicale urgente.

2.1.2. Histoire de la profession d'IDE et d'IADE.

L'infirmier diplômé d'état :

La délivrance de soins fut au début de l'histoire dédiée aux hommes. On retrouve des corps d'infirmiers attachés aux légions romaines, le plus souvent esclaves puis plus tard au sein d'ordres guerriers comme les chevaliers de la saint jean de Jérusalem, Les templiers, l'ordre de malte puis dans le corps des infirmiers militaires.⁴²

Les sociétés occidentales confient les soins aux ordres religieux féminins. Culturellement les soins d'entretien de la vie font partie de l'activité des femmes.⁴³

L'acte de soins initialement nourri de la charité demande rapidement des compétences et de l'organisation comme l'ordre religieux créé par saint Vincent de Paul en 1633 : la compagnie des sœurs de la charité.

L'acte de soigner est totalement bénévole et procède de la rédemption, le soin n'as pas de valeur économique.⁴⁴Cette image a persisté jusqu'à un passé récent.

La formation d'infirmière se dispense au sein d'une école en 1878. En 1922 un brevet de capacité professionnelle, diplôme d'état est créé. La formation dure 22 mois avec un programme officialisé en 1924 par un arrêté.

Un bureau central infirmier est créé par le ministère de la santé pour gérer le personnel infirmier. Il faut attendre la loi du 15/07/1943 créant l'obligation pour les établissements hospitaliers de recruter un personnel qualifié, pour voir apparaître des mesures propres à assurer la protection du métier d'infirmière. Cette loi n'est pas entrée en vigueur à cause de la pénurie de la période d'après guerre.⁴⁵

Le passé des infirmières est émaillé de dépendance et de soumission sur un fond de vocation. Le XX^{ième} siècle va voir évoluer cette profession, dans la définition du sens des soins infirmiers à la fois techniques et psychologiques dans une optique humaniste. Les infirmières inscrivent une part d'initiative et d'autonomie en collaboration avec les acteurs de santé dont bien sur le corps médical. C'est l'apparition du rôle propre de l'infirmière. Les soins infirmiers sont définis à travers la réglementation.⁴⁶L'infirmier ne se veut plus comme exécutant mais comme acteur, il doit passer de l'exécution exclusive à la décision.

Aujourd'hui la médecine s'est diversifiée et s'est sophistiquée avec une technologie en constante évolution. Les hôpitaux sont au centre du système de santé et recourent à des compétences⁴⁷affirmées des personnels hospitaliers (nouveaux métiers, nouvelles formations, spécialisations). Il est

⁴² M.F Collière, Promouvoir la vie, Paris, Inter éditions,1982, p24.

⁴³ C.Dubois Freyney, Georgette Perrin, Le métier d'infirmière en France, PUF, 2002,p8

⁴⁴ M.F Collière op.cit, p60

⁴⁵ G.Charles, L'infirmière en France d'hier à aujourd'hui, Paris, Le centurion, 1972 ,p167

⁴⁶ Ce point sera détaillé dans le cadre théorique.

⁴⁷ Nous reviendrons sur la notion de compétences dans un chapitre suivant.

impossible de continuer à faire fonctionner le système de soins avec l'idée unique de la vocation. De nouveaux gestes et techniques imposent un personnel compétent⁴⁸.

Aujourd'hui la démographie est la suivante :

La démographie nationale

Au 1^{er} janvier 2002, la DREES⁴⁹ recense 410 859 infirmières en France métropolitaine et 7 712 outre mer soit une densité de 692 pour 100 000 habitants en France métropolitaine.

L'infirmier anesthésiste diplômé d'état :

En France l'infirmier a toujours été présent dans l'exercice de l'anesthésie. En 1939 une pénurie de médecin entraîne la Société pour l'étude de l'anesthésie à proposer une formation destinée aux infirmiers et plus particulièrement aux infirmières. Notons cette fameuse phrase de Lassner : « *Une infirmière est capable et l'expérience le prouve, de devenir une excellente anesthésiste. Nous savons quelle bonne volonté intelligente, quelle adresse minutieuse l'on peut attendre d'elle.* »⁵⁰

Cette société savante préconise une formation en treize leçons et un stage de quatre semaines. Dès 1947 l'infirmière est habilitée à exécuter, sous la responsabilité et la surveillance directe d'un médecin, l'anesthésie générale.

De 1939 à 1949 ce premier enseignement de l'anesthésie est commun aux médecins, aux sages femmes et aux infirmières qui reçoivent un certificat d'anesthésie.

En 1949 la première école d'infirmiers anesthésistes voit le jour à Saint Germain en laye. Les études durent un an et aboutissent à la délivrance d'une attestation d'aide anesthésiste après la réussite des épreuves. En 1957 les études passent à deux ans et sont délivrées par la faculté de médecine de Paris. Cette formation est de 18 mois en 1960 avec un certificat d'aptitudes aux fonctions d'aide anesthésiste. .

En 1972 les études sont rallongées à 24 mois et à temps plein. Le contenu et le volume horaire de la formation sont précisés.

En 1988 les Infirmiers aides-anesthésistes, à la suite d'une difficile négociation, obtiennent l'exclusivité de l'exercice de l'anesthésie aux seuls titulaires du CAFISAR (certificat d'aptitudes aux fonctions d'infirmier spécialisé en anesthésie réanimation). Les professionnels qui font fonction d'ISAR (Infirmier spécialisé en anesthésie réanimation) ont l'obligation de se former dans les 6 ans.

En 1991 un décret modifie le titre et crée un diplôme d'infirmier anesthésiste.

Le programme de formation est modifié en janvier 2002.(cf. Ch4.5)

Cette profession est marquée par une forte identité professionnelle.

Dès 1951 les aides anesthésistes se sont regroupés pour obtenir une reconnaissance de leur spécificité et leur représentativité au sein des différentes instances (conseil supérieur des professions paramédicales, fédération internationale des Infirmiers anesthésistes.)

Le dynamisme de la profession est marqué par l'organisation ou la participation à de nombreux congrès (JEPU, MAPAR, SFMU, SFAR⁵¹, Multiples congrès régionaux, Congrès mondial des Infirmiers anesthésistes.)

Les fréquentes remises à jour des textes concernant leur formation et leur champ d'exercice, l'intitulé même de leur profession (trois appellations en moins de 20 ans) témoignent de la difficulté et de la complexité à situer l'Iade au sein de la communauté hospitalière. Des textes de recommandations de leur syndicat professionnel aussitôt contestés par les sociétés savantes médicales entretiennent le flou pour les professionnels. Elisabeth Balagny définit la profession comme « *l'histoire d'un combat... elle a évolué au gré des soubresauts des progrès de la science médicale,*

⁴⁸ Catherine Duboy Freynet , op.cit p51.

⁴⁹ DRESS : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

⁵⁰ Lassner J. L'enseignement de l'anesthésie à Paris en 1933. Cahier d'anesthésiologie, 1997, 45(6) :465-466.

⁵¹ Journées d'Enseignement Post Universitaires, Mise Au Point en Anesthésie Réanimation, Société Francophone de Médecine d'Urgence, Société Française d'Anesthésie réanimation.

des réformes hospitalières et des conflits avec les médecins anesthésistes. Aujourd'hui elle constitue un atout pour la prise en charge des patients »⁵²

Mais qui sont les IADE aujourd'hui ?

Une enquête réalisée par le SNIA⁵³ en 2001 recense 5880 Iade dans le secteur public et 1500 dans le secteur privé. Nous étudierons rapidement cette enquête qui permettra de vérifier si les données que nous avons recueillies pour ce travail sont cohérentes au regard de la population interrogée.

Les hommes représentent 30% de la population interrogée (1050 réponses).

Seule 12% de la population interrogée travaille exclusivement au bloc opératoire, 71% ont une activité de bloc opératoire et de SSPI⁵⁴.

26% ont une activité de bloc opératoire et d'endoscopie, radiologie interventionnelle, obstétrique, douleur....

15% travaillent dans un SMUR⁵⁵, ce nombre est en augmentation par rapport à 1998.

Les IADE sont fréquemment présents dans l'institution (conseil de bloc, conseils de service, commissions de vigilances diverses, comités de lutte contre la douleur.)

Les IADE sont très impliqués dans la formation des autres professionnels dans 71% des cas. Ils ont bénéficiés de formation continue en 2000 dans 78% des cas.

La commission « démographie des professions de santé » relate les chiffres suivants pour 2002 :

- 6 044 infirmières anesthésistes (Iade) en France.

2.2. DE LA COMPETENCE

Ce terme fréquemment dévoyé est décliné au travers de plus de cent définitions différentes ou complémentaires suivant l'approche que l'on en fait.

La définition du Petit Robert est la suivante :

Compétence : (1596) Aptitude reconnue légalement à une autorité publique de faire tel ou tel acte dans des conditions déterminées. (1690) Connaissance approfondie et reconnue qui confère le droit de décider ou de juger en certaines manières.

Nous constatons que ces définitions « officielles » des compétences sont aujourd'hui insuffisantes. Elles ont été enrichies par les travaux des chercheurs.

Depuis les années 1980 le concept de compétence est apparu comme primordial dans l'entreprise. D'une gestion de la main d'œuvre évaluée sur ses capacités corporelles (dextérité vitesse d'exécution), les entreprises sont passées à un mode de gestion basé sur l'appel à l'intelligence. Ce point marque un changement radical dans le management. C'était un moyen pour les entreprises de sortir de la crise par le « haut » en abandonnant les notions de Taylorisme dominant.

Le MEDEF⁵⁶ a donné une définition de la compétence : « La compétence professionnelle est une combinaison de connaissances, savoir-faire, expériences et comportements, s'exerçant dans un contexte précis. Elle se constate lors de sa mise en œuvre en situation professionnelle à partir de laquelle elle est validable. »

Longtemps la compétence a été définie comme la somme d'un savoir, d'un savoir-faire et d'un savoir être. En fait la définition actuelle est plus complexe. Pour illustrer notre propos nous avons choisi une définition de Philippe Zarifian⁵⁷.

« La compétence est la prise d'initiative et de responsabilité de l'individu sur des situations professionnelles aux quelles il est confronté »

⁵² E. Balagny, Histoire des infirmiers anesthésistes, cahiers d'anesthésiologie, N° 50(4) : 291-293.

⁵³ Syndicat national des infirmiers anesthésistes

⁵⁴ Salle de Surveillance Post interventionnelle.

⁵⁵ Service Mobile d'Urgence et de Réanimation.

⁵⁶ Mouvement des entreprises de France.

⁵⁷ P. Zarifian, Objectif compétence, Entreprise et carrière, Ed Liaisons, Paris nov 2001

Détaillons cette définition : On note la notion d'une démarche réalisée par l'individu (prise de...) prise en charge par l'individu lui-même face à une situation. C'est une démarche personnelle qui engage le sujet qu'il soit libre ou pas d'effectuer ce choix.

Initiative : issu du verbe initier c'est à dire commencer une action qui modifie l'existant, avec une connotation créatrice. Une initiative peut être choisie dans un répertoire donné (choix dans un référentiel pré établi) soit faire appel aux capacités d'adaptation face à une situation nouvelle le tout dans un contexte donné. Il faut alors improviser, inventer en fonction des règles connues du domaine concerné on surpasse alors le champ de l'existant. C'est la différence entre un robot programmé uniquement applicatif et un sujet doué d'imagination qui lui permet même à un niveau modeste d'initier sa propre action et de donner une valeur ajoutée à son travail.

On parle alors de transférabilité des compétences, c'est à dire la possibilité pour l'individu qui les possède, de les mettre en œuvre dans une grande diversité de situations.

Responsabilité : Issu du latin Spondere, répondre de. Cette notion est constamment utilisée dans le domaine juridique. Dans le domaine de l'entreprise la prise de responsabilité signifie que l'acteur dépasse la phase d'exécution d'un ordre et qu'il assume lui-même l'évaluation de la situation, les initiatives qui en découlent et les effets engendrés. Dans le monde hospitalier cette responsabilité porte sur la santé des patients, sur l'apprentissage des stagiaires par exemple.

La situation : Celle ci comporte des enjeux (renvoyant à la prise de responsabilité), des données objectives, descriptibles (environnement par exemple) et la manière personnelle pour l'individu de l'appréhender.

Une autre approche de la compétence est centrée sur l'apprentissage.

« *La compétence est une intelligence pratique des situations qui s'appuie sur des connaissances acquises et les transforment avec d'autant plus de force que la diversité des situations augmente* »⁵⁸.

On trouve ici la notion de mobilisation de savoirs à bon escient. P Zariffian associe la fonction cognitive avec la fonction compréhensive particulièrement importante dans les interrelations sociales. Les connaissances mobilisables en situation reposent sur des connaissances acquises. L'auteur insiste sur la différence fondamentale entre : appliquer des connaissances et prendre appui sur des acquis cognitifs ce qui implique une mobilisation, une interrogation en regard de la situation. La remise en cause permanente des acquis est le garant du maintien de la compétence. La richesse et la variation des situations rencontrées éviteront les phénomènes de routine et la paupérisation des savoirs..

L'idée suivante développée dans cet ouvrage permet de nous rapprocher du sujet qui nous intéresse.

« *La compétence est la faculté à mobiliser des réseaux d'acteurs autour des mêmes situations, à partager des enjeux, à assumer des domaines de coresponsabilité.* »

Les situations que nous rencontrons dans notre exercice professionnel dépassent souvent les compétences d'un individu isolé. L'idée de pouvoir faire appel à un réseau apportant les compétences non possédées ou relevant d'un autre exercice professionnel est tout à fait adaptée à l'exercice de la médecine d'urgence pré-hospitalière. Les enjeux partagés sont ici le rétablissement ou le maintien d'un état de santé dont l'équipe sera coresponsable. On aborde alors le champ de la compétence collective. La synergie des compétences amène à la formule : $1+1>2$ ⁵⁹. Pour arriver à ce résultat idéal, il faut une alchimie complexe indissociable d'une image « opérative » et d'enjeux communs aux acteurs.

Le Boterf⁶⁰ parle de combinatoire en insistant sur le fait que la compétence doit être pensée en terme de « *connexions organisées en systèmes* ».

Le savoir-faire d'exécution est considéré comme le degré le plus élémentaire de la compétence. Devant la complexité des situations rencontrées dans le milieu professionnel l'individu doit pouvoir naviguer dans cette complexité, en fonction de repères acquis, plutôt que d'appliquer un plan préconçu. La prescription portera sur le résultat à atteindre, elle fixera des critères d'orientation et des exigences professionnelles, des normes. L'individu doit posséder ce que Gérard Vergnaud appelle

⁵⁸ ibid. ,p69

⁵⁹ Régis Hua –van ,Facteurs Humains ,le travail humain en équipage, Aviation et Pilote N°354 p43,2003

⁶⁰ Guy Le Boterf , Construire des compétences individuelles et collectives, Editions d'organisation, P47,2002

un schème opératoire c'est à dire une forme d'organisation invariante de l'activité pour une classe de situations données.⁶¹ Mais ce schème doit être en permanence actualisé, en effet un professionnel même préparé à une situation donnée devra élaborer sa propre réponse adaptée et pertinente par rapport à l'imprévu. Jean Piaget parle du schème d'une action comme « la structure générale de cette action, se conservant au cours de ces répétitions, se consolidant par l'exercice et s'appliquant à des situations qui varient en fonction des modifications du milieu. »⁶²

L'individu doit être capable de réussir une action mais également de la comprendre afin de réinvestir ses compétences dans un autre contexte.

Alain D'Iribarne propose une hiérarchisation des compétences⁶³ que nous pourrions appliquer à notre cas de figure.

- En premier niveau il parle de « compétences d'imitation » permettant de reproduire à l'identique des actions sans en comprendre les principes. Ce type de fonctionnement met en œuvre un système immédiatement disponible ne requérant aucun ajustement.
- En deuxième niveau, on trouve les « compétences de transposition » qui permettent de faire face à des situations imprévues mais assez proches, en raisonnant par analogie. L'acteur ajuste grâce à des acquis de l'expérience.
- En troisième niveau, l'auteur décrit les « compétences d'innovation » permettant d'élaborer des solutions inconnues en puisant dans une source de savoirs préalablement acquis. L'individu se trouve en situation de résolution de problème, ce qui implique une recherche et une création nouvelle.

2.3.DU CHANGEMENT

Ce nouveau champ d'exercice induit inéluctablement de multiples changements, Il est bon d'en définir quelques principes afin de comprendre certaines réactions des acteurs concernés.

Le changement doit être considéré comme un problème sociologique⁶⁴. Il n'est pas passif et implique un changement non pas individuel mais collectif. C'est avant tout la transformation d'un système d'action. Pour Crozier et Friedberg pour que cette transformation ait lieu, les hommes doivent mettre en pratique de nouveaux rapports humains, de nouvelles formes de contrôle social. Ce ne sont pas seulement les règles qui changent mais la nature même du jeu.

Cette transformation est vécue alors comme un risque; risque de remise en question des sources de pouvoir, de la liberté d'action et de la zone d'incertitude que l'acteur contrôle. Le principal problème ne vient pas de l'adhésion à ce changement, mais de l'éventuelle menace sur la zone d'autonomie.

Pour réussir, le changement doit être conçu comme un processus complexe et être défini comme la capacité de groupes différents à coopérer autrement dans une même action.⁶⁵

Pour faire accepter les règles du changement Il faudra alors élargir le champ de rationalité des acteurs concernés, c'est à dire leur donner une connaissance du système, en fin de compte que chacun donne un sens à ce changement pour diminuer ses craintes et y trouver un intérêt.

Le changement ne peut donc être construit que collectivement. Kurt Lewin parle d'un « *construit entre les acteurs* »⁶⁶.

Le processus est le suivant : Les acteurs passent d'une situation d'équilibre à une situation transitoire de déséquilibre qui va les conduire au changement puis de nouveau ils retrouvent à une situation d'équilibre.

⁶¹ Gérard Vergnaud, Le développement cognitif de l'adulte, traité des sciences et des techniques de la formation, Dunod,1999.

⁶² Piaget.J Problèmes de psychologie génétique, Dunod 1972

⁶³ A.d'Iribarne, La compétitivité ,défi social, enjeu éducatif, Presse du CNRS,Paris, 1989

⁶⁴ Michel Crozier, Erhard Friedberg, L'acteur et le système, Editions du Seuil 1977 p378

⁶⁵ Ibid.p393

⁶⁶ K.Lewin, Field theory in social science, Harper, New york,1951.

3. LE CADRE THEORIQUE

3.1. LES TUTELLES

L'état : Il exerce la tutelle de la protection sociale dans le cas de contrats d'objectifs et de gestion et intervient sur les modalités de son financement, sur les règles de la couverture de la population, sur ses relations avec les producteurs de soins et sur la charge financière des soins. Il veille à l'équilibre des comptes sociaux. Depuis 1996 le parlement fixe annuellement les objectifs sanitaires et le cadre de financement du système de protection sociale. La conférence nationale de santé créée par l'ordonnance 96-345 du 24 avril est chargée de faire l'état des lieux sanitaires de la France, de proposer des orientations et des priorités pour la politique de santé.

La direction générale de la santé (DGS) : Elle se doit de répondre aux besoins de santé de la population. Elle est notamment responsable des questions relatives à la démographie des professions de santé et définit les besoins en formation.

La direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS) : Elle est chargée de l'élaboration de la politique d'organisation de l'offre de soins en fonction des objectifs et des priorités de la politique de santé. Elle élabore entre autre la réglementation relative aux Samu, aux Smur et aux transports sanitaires. Elle apporte son concours à la définition des orientations et à l'organisation des formations des professions médicales et paramédicales dont elle détermine les conditions d'exercice. La DHOS est l'interlocuteur des organismes nationaux de la fonction publique hospitalière.

Les agences régionales de l'hospitalisation (ARH) : Ce sont 26 agences qui mettent en œuvre le volet hospitalisation. Elles datent de 1996. Ce sont des groupements d'intérêt public (GIP), constitués entre l'état, les caisses régionales d'assurance maladie. Elles sont sous tutelles du ministère chargé de la santé et de la sécurité sociale. Elles analysent et coordonnent les activités des établissements publics et privés. Elles concluent avec eux des contrats d'objectifs pluriannuels d'objectifs et de moyens visant à déterminer les ressources. Elles élaborent le Schéma régional d'organisation sanitaire (SROS) pour une durée de 5 ans donnant le cadre de l'évolution de l'offre de soins. Elles se servent des avis issus des conférences régionales de santé qui définissent annuellement les priorités. C'est au sein de ces conférences régionales de santé que sont discutées les modalités d'engagement et de coordination des Smur par le Samu, les zones d'intervention des Smur par les Samu, l'évaluation de la prise en charge des urgences par les Smur.

Les Directions régionales de l'action sanitaire et sociale (DRASS) et les directions départementales de l'action sanitaire et sociale (DDASS) : ce sont les tutelles les plus proches des Samu. Au niveau régional la DRASS assure la prévention de l'apparition d'un risque sanitaire, au niveau départemental la DDASS à un rôle de maîtrise et gestion des risques⁶⁷.

3.2. NOTIONS GENERALES DE DROIT

Afin de bien appréhender le chapitre suivant il convient de définir quelques notions de base.

Le droit constitue le plus rigide des modes d'organisation sociale. La règle de droit est une règle d'ordre général pouvant faire l'objet d'une sanction.⁶⁸ On définit deux approches du droit: Le droit objectif et le droit subjectif.

⁶⁷ C. Bertrand, M.-J. Raynal, C. Ammirati, P. Goldstein, Organisation de l'urgence pré hospitalière en France, les textes réglementaires, Le rôle des Samu, in Les urgences pré-hospitalières, J.E De La Coussaye, Masson, avril 2003.

⁶⁸ G. Devers, Infirmier, avocat au barreau de Lyon, Droit infirmier, Ed EAL, 1995 ; Paris

Le droit objectif: Il se présente comme une hiérarchie des textes visant dans une démocratie à une harmonie sociale et à un respect des libertés individuelles. Les textes sont hiérarchisés en fonction de leur importance.

Le droit interne: L'état français possède une constitution. Il n'est soumis à aucune force juridique supérieure. On parle d'état souverain. Les textes constitutionnels sont adoptés selon une procédure complexe souvent suite à un référendum.

- **La loi :** C'est l'acte du parlement, c'est à dire voté par l'assemblée nationale et le sénat. Les lois sont en majorité à l'initiative du gouvernement soumettant un projet de loi. Si l'initiative en revient au parlement on parle de proposition de loi. Une fois votée la loi ne devient exécutoire qu'une fois promulguée par le Président de la République. Suit alors sa publication au Journal officiel. Cette loi peut être soumise au conseil constitutionnel qui peut demander sa modification.
- **Les décrets et arrêtés** sont des dispositions réglementaires prises directement par le gouvernement. Les décrets émanent du Président de la République ou du Premier ministre, les arrêtés émanent des ministres ou des responsables d'administration.
- **Les ordonnances :** Ce sont des dispositions qui autorisent le gouvernement à prendre des dispositions normalement dédiées au pouvoir législatif.
- **Les circulaires :** il s'agit de textes destinés à expliciter le droit résultant de l'application des lois et des décrets. Du fait de leur plus grande lisibilité que les textes d'origine, les circulaires sont d'une utilisation plus pratique.

Le droit subjectif : Il s'agit des droits mis en œuvre par des sujets de droit. L'étude du droit subjectif est celle des droits et obligations des citoyens et personnes morales.

- **La jurisprudence :** C'est l'ensemble des décisions rendues par les tribunaux. Elle constitue une référence. Les textes ne pouvant pas tout prévoir, il semble logique que les tribunaux précisent le sens des textes en fonction des situations concrètes.

Le droit international : L'état ne s'inscrit dans un système international que de façon volontaire sous la forme de traités. Le traité est un contrat international de forme solennelle qui engage les états entre eux. Lorsqu'un état souscrit des engagements internationaux il doit les respecter vis à vis des autres mais il doit s'assurer que sa législation intérieure sera conforme au traité. La création de l'Europe est un exemple de mise en place de différents traités (Traité de Rome 1957, Traité de Maastricht 1992).

3.3. DE LA RESPONSABILITE.

L'article 14 du code de déontologie⁶⁹, rappelle le principe de la responsabilité personnelle des infirmiers. « L'infirmier (e) est personnellement responsable des actes professionnels qu'il est habilité à effectuer. » Sur le plan pénal ou disciplinaire ce principe semble évident et s'applique à tout citoyen. Mais ce texte peut induire en erreur car sur le plan de la responsabilité civile ou administrative, l'administration ou le médecin employeur répond des fautes commises par les préposés que sont les auxiliaires médicaux.

- **La responsabilité civile :** lorsqu'on agit en responsabilité civile, on oppose la victime au responsable des faits et non pas forcément à son auteur. C'est l'établissement hospitalier qui répond de la faute de son employé. Il existe toujours une faute, un dommage, et un lien de causalité. La finalité est de parvenir à l'indemnisation de la victime. Le préjudice est indispensable pour la mise en œuvre du procès.. La perte de chance de guérison ou de survie est admise comme un préjudice par la jurisprudence.
- **La responsabilité pénale :** Dans ce cas le procès est suivi par l'énoncé d'une peine destinée à protéger les intérêts de la société. Cette peine est inscrite au casier judiciaire.

⁶⁹ Décret n°93-221 du 16 février 1996.

- **La responsabilité disciplinaire** : L'approche en est strictement professionnelle. C'est la profession qui assure la discipline interne.
- **La délégation de soin** : le décret du 11 février 2002 article 4, prévoit la collaboration avec d'autres professionnels de santé dans le cadre de leur compétence. Ces compétences ne sont pas des compétences acquises sur le terrain mais des compétences réglementaires liées à la possession d'un diplôme. On ne délègue ni les soins ni sa responsabilité.⁷⁰
- **La loi du 4 mars 2002** : Le législateur a insisté sur la fin des disparités des régimes indemnitaires des accidents médicaux existant entre les juridictions civiles et administratives. Ce nouveau mécanisme repose sur l'obligation d'assurance responsabilité civile pour tous les professionnels de santé (Art.L.1142-2 CSP). Les préposés des établissements de soins sont couverts par la police d'assurance souscrite par l'établissement.. La loi dans son article L1142-1-I CSP stipule que les professionnels de santé ainsi que tout établissement, ne sont responsables des conséquences dommageables que s'il y a faute.
- **La responsabilité juridique de l'IADE** : L'IADE est soumis aux mêmes règles juridiques générales que l'IDE. S'y ajoutent celles qui résultent de l'extension et de l'exclusivité des compétences qui lui sont réglementairement reconnues. L'IADE engage sa responsabilité en cas de faute dans l'exécution d'un soin ou d'une technique, de défaut de surveillance ou de maintenance du matériel, de non-respect du protocole ou de prescription médicale et de réalisation de soins ne relevant pas de sa compétence. Si une relation de cause à effet est établie entre la faute et l'incident ou accident, la responsabilité civile de l'Iade peut être engagée soit solidairement avec le médecin, soit individuellement.

3.4. LE CADRE LEGISLATIF

Les textes de loi qui réglementent l'aide médicale urgente sont :

la loi 86-11 du 6 janvier 1986 relative à l'aide médicale urgente et aux transports sanitaires ainsi que le **décret 87-1005 du 16 décembre 1987** relatif aux missions et à l'organisation des unités participant au service d'aide médicale urgente appelés Samu.

Ces textes définissent les centres de réception et de régulation des appels « CRRA ». Ce centre est partie intégrante du SAMU et constitue le lieu de coordination de la médecine d'urgence pré hospitalière, hospitalière et libérale.

La circulaire du 12 décembre 1994 relative à l'interconnexion des numéros d'appels d'urgence 15, 17, 18 oblige à une alerte réciproque des différents services : Police, gendarmerie, sapeurs pompiers et Samu.

Le centre de régulation et de réception des appels est financé par des contributions de l'état, les régimes obligatoires d'assurance maladie des collectivités territoriales.

Les Smur sont créés en 1965 (**Décret N°65-1045 du 2 décembre 1965**). Ils sont situés dans les hôpitaux du département et sont répartis pour conserver un délai d'intervention de 20 minutes environ⁷¹. Les Smur assurent la prise en charge par une équipe médicalisée 24heures sur 24, de tous

⁷⁰ G Devers, « le droit est un allié », Infirmière magazine n°185 septembre 2003.

⁷¹ C.Bertrand, M-J.Raynal, C.Ammirati,P.Goldstein, Organisation de l'urgence pré hospitalière en France , les textes réglementaires,,Le rôle des Samu, in Les urgences pré-hospitalières , J.E De La Coussaye, Masson, avril 2003.

les patients, sans distinction d'âge, ni de pathologie dont l'état requiert des soins médicaux et de réanimation notamment du fait d'une détresse vitale patente ou potentielle.

La loi détaille les autres missions des Smur : plans de secours, couverture médicale préventive de rassemblements de foule, formation à l'urgence des professions de santé.

Les Smur et antennes Smur sont coordonnées et déclenchées par les Samu. Des conventions régissent les conditions de participation des Smur au fonctionnement des Samu.

Le décret 97-620 du 30 mai 1997 relatif aux conditions techniques de fonctionnement aux quelles doivent satisfaire les établissements de santé pour être autorisés à mettre en œuvre des services mobiles d'urgence et de réanimation [Annexe 3], définit les conditions de fonctionnement aussi bien matérielles qu'humaines.

« 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. »

L'infirmier fait son apparition pour la première fois dans les textes officiels sans que ne soit mentionné la qualification de celui ci.

Qu'en est-il aujourd'hui ?

Cet article n'est pas appliqué partout faute de crédits suffisants mais le nombre de personnels paramédicaux en Smur est en progression.

Une enquête récente (2002) réalisée auprès de 263 Smur contactés ⁷²fait état d'une absence d'infirmier dans 9 à 23% des cas suivant la tranche horaire. Les infirmiers sont IDE dans 74% des réponses.

On note une évolution par rapport à l'année 1998 ou une enquête similaire avait été réalisée et qui évaluait à 46 % le nombre de Smur sans personnel infirmier.⁷³

Le médecin est soit titulaire de la CMU (Capacité de médecine d'urgence) soit formé à la médecine d'urgence (cf. ch. 4.5) soit anesthésiste réanimateur. Notons que cette spécialité médicale pourtant à l'origine du concept même est de moins en moins représentée au sein des Smur.

Les circulaires récentes : L'annexe de la circulaire DHOS/01/2003 donne les principes d'organisation de la prise en charge des urgences et de la permanence des soins. Dans le point 2.2 [Annexe X] il est question de l'organisation des Samu et des Smur et plus particulièrement au point 57 :

« Réflexion sur la place des infirmiers dans les transports sanitaires

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

Ce point a entraîné de nombreuses polémiques tant du point de vue médical que paramédical. Les groupes de travail au sein de la DHOS et des sociétés savantes ont limité ces expérimentations aux transferts inter-hospitaliers.

Le décret relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier⁷⁴ :

*« Art. 9. - L'infirmier participe à la mise en oeuvre par le médecin des techniques suivantes : ...
Transports sanitaires :*

⁷² PM. Hazebrouck - IADE Cadre de Santé (Chalon/Saône)

Enquête nationale ,Congrès Urgence 2003, SFMU,Paris

⁷³ C.Italiano, S.Berenbadh, E.Nicaud,E.Gete,J.M.Haegy, Infirmiers et smur résultat d'une enquête nationale, in Revue des Samu,1998,249-252.

⁷⁴ Décret N°2002-194du 11 février 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier. Cité en annexe

- a) *Transports sanitaires urgents entre établissements de soins effectués dans le cadre d'un service mobile d'urgence et de réanimation ;*
 b) *Transports sanitaires médicalisés du lieu de la détresse vers un établissement de soins effectués dans le cadre d'un service mobile d'urgence et de réanimation ; »*

Notons que le mot « médicalisé » est présent dans l'item b mais pas dans l'item concernant les transferts inter-hospitaliers.

Les recommandations.

Les sociétés savantes : La SFAR (Société Française d'Anesthésie Réanimation), Samu de France et la SFMU (Société Francophone de Médecine d'Urgence) ont élaboré diverses recommandations concernant les Iade et les différents transferts intra et inter hospitaliers.

- En 1992, les transferts inter hospitaliers font l'objet de recommandations dans les quelles : « l'aide du médecin est représenté au mieux par un infirmier anesthésiste diplômé d'état »⁷⁵

- En 1994 La Sfar édite des recommandations concernant les transferts intra hospitaliers : Au chapitre concernant l'équipe de transports on notait le paragraphe suivant « *Lorsque l'état du patient l'autorise, celui ci peut être confié de préférence à un infirmier anesthésiste diplômé d'état ou à un infirmier diplômé d'état. Dans ce cas le transport est effectué sous la responsabilité du médecin qui peut être appelé à intervenir à tout moment.* »⁷⁶

- En 1995, la Sfar dans le paragraphe 2.4 des recommandations concernant l'Iade cite les services mobiles d'urgence et de réanimation. :

« *2.4. L'IADE et les services d'urgences (Service Mobile d'Urgence et de Réanimation, Service d'Accueil des Urgences)*

*Du fait de sa connaissance et de sa pratique des gestes d'urgence ou de survie (intubation, cathétérisme veineux périphérique, maniement des appareils de ventilation et de surveillance...), l'IADE est le collaborateur idéal du médecin dans la prise en charge des patients en état grave et de leur transport intra ou extrahospitalier. En revanche, la présence d'un IADE ne dispense en aucune manière de celle d'un médecin, en particulier d'un médecin anesthésiste-réanimateur si une anesthésie est nécessaire.*⁷⁷ »

- L'ordre national des médecins : En 1994 l'ordre national des médecins émet des recommandations concernant les relations des anesthésistes réanimateurs et les autres professionnels de santé.⁷⁸ Dans le paragraphe concernant les relations avec les Iade, deux passages concernent les transferts de patients.

« *Outre leurs activités au bloc opératoire, la compétence technique et les connaissances des IADE leur permettent d'intervenir en salle de réveil, d'assurer le transport des patients anesthésiés ou réanimés à l'intérieur de l'établissement, d'exercer dans les secteurs de soins intensifs et de réanimation chirurgicale. Dans tous les cas, l'IADE est sous la responsabilité médicale d'un anesthésiste-réanimateur. Les IADE peuvent également participer aux transports inter ou intra-hospitaliers des patients, et pratiquer les gestes concourant à la mise en place sur prescription et indication du médecin de l'équipe d'intervention. Le Service Mobile d'Urgence (SMUR) est un service médicalisé. L'IADE ne peut assurer seul ces transports.*

⁷⁵ Recommandations concernant le transfert inter hospitaliers de patients, Sfar , 1992, Paris

⁷⁶ Recommandations concernant les transferts intra hospitaliers, Sfar, 1994, Paris.

⁷⁷ Pr. B. Dixneuf (Nantes), Directeur du groupe - Mme E. Balagny (Paris), IADE
 Mme F. Chaumette (Lyon), IADE , recommandations concernant le rôle de l'infirmier anesthésiste diplômé d'état ,1995, Sfar ,Paris

⁷⁸ Recommandations concernant les relations entre anesthésistes réanimateurs, chirurgiens, autres spécialistes et personnels de santé, Ordre national des médecins, texte disponible sur : <http://perso.wanadoo.fr/dominique.lemagny/recommandations/cnomareachir.htm>.2003

- Les recommandations SAMU de France concernant les transferts infirmiers inter hospitaliers (TIIH) ont été publiées en 2004⁷⁹. Ce texte très attendu permet de clarifier la situation en laissant une certaine latitude de décision en fonction des situations locales .

3.5. LES ACTEURS DE L'AIDE MEDICALE URGENTE ET LEUR FORMATION.

Les médecins

L'article 712 –70 du décret 97-620 du 30 mai 1997[Annexe III] régleme la formation des médecins. "Art. D. 712-70. - Tous les médecins participant aux équipes médicales des services mobiles d'urgence et de réanimation doivent avoir acquis une formation à la prise en charge des urgences soit par une qualification universitaire, soit par une expérience professionnelle d'au moins un an dans le domaine de l'urgence et de la réanimation. Les internes appelés à intervenir aux côtés de ces équipes doivent satisfaire aux mêmes obligations. Des étudiants en médecine, des résidents ou des internes ne remplissant pas les conditions précédemment mentionnées, accomplissant un stage ou une partie de leur formation dans un service mobile d'urgence et de réanimation, peuvent toutefois accompagner ces équipes. »

Cette formation universitaire est constituée par la capacité de médecine d'urgence (CMU). Elle se compose d'un enseignement théorique, pratique et de stages. Elle se répartit sur deux ans avec 160h de cours théoriques et 64 heures de travaux pratiques. 400 heures de stage et 12 gardes dans différentes spécialités, sont à effectuer pour compléter la formation. Trois examens valident ce cursus : un probatoire, un examen de première en deuxième année et un examen final.

Le contenu des cours et travaux pratiques comprend les modalités de prise en charge des différentes pathologies rencontrées en médecine d'urgence aussi bien médicales que chirurgicales, de la pédiatrie et des notions d'analgésie sédation. Des notions de régulation et les particularités environnementales propres à cet exercice sont également abordées.

En 2004 la médecine d'urgence devient une véritable spécialité. Une formation sur trois années est en cours d'élaboration avec mise en place d'un DESC.

Les Infirmiers

Le décret sur l'aide médicale urgente⁸⁰, recommande pour des interventions nécessitant des techniques de réanimation une équipe de trois personnes dont le médecin un conducteur et un infirmier sans en préciser la spécialité. Les interventions réalisées en principe et par définition auprès de patients en état grave, l'infirmier devrait être présent au près du médecin en permanence.

Le décret d'actes infirmiers autorise ceux ci à participer aux transports dans le cadre d'un service mobile d'urgence et de réanimation.

La formation pour l'obtention du diplôme d'état d'infirmier comprend un module intitulé soins infirmiers aux urgences et en réanimation, transfusion sanguine. Ce module de 80 heures permet une présentation des structures d'urgence et de réanimation ainsi qu'un survol des pathologies et de la prise en charge de la douleur. Il intègre l'enseignement relatif aux techniques de transfusion sanguine.⁸¹[Annexe IV]

Il apparaît que la formation initiale d'infirmier est insuffisante pour pouvoir exercer au sein d'un Smur sans une formation complémentaire.⁸² Il existe à l'heure actuelle des formations complémentaires concernant la prise en charge des urgences : Oxyologie paramédicale, formation d'infirmier sapeur pompier, formations dispensées par les CESU (centres d'enseignement des soins

⁷⁹ Recommandation Samu de France sur les TIIH ,

http://www.infirmiers.com/inf/protocole/urgrea/recommandations_transferts_infirmiers_interhospitaliers.pdf

⁸⁰ Décret 97-620 du 30 mai 1997

⁸¹ Profession infirmier, recueil des principaux textes relatifs à la profession, Ref 531001, Berger Levrault,2002.

⁸² C.Italiano,S.Berenbadh,E.Nicaud,E.Gete,J.M.Haegy, Infirmiers et smur résultat d'une enquête nationale, in Revue des Samu,1998,249-252.

d'urgence), formations ACLS (advanced cardiac life support) accessibles aux infirmiers diplômés d'état.

Tableau 3 Récapitulatif volume horaire formation Ide

Enseignements	Heures
Enseignements théoriques obligatoires	2080
Enseignements théoriques optionnels obligatoires	160
Stages cliniques obligatoires	1680
Stages laissés à l'appréciation des équipes pédagogiques	700
Suivi pédagogique	140
Total général	4 760

Les infirmiers anesthésistes diplômés d'état.

L'Iade est un infirmier spécialisé. Sa spécialité lui est conférée par le DEIA créé par le décret du 17 décembre 1991⁸³. Ce diplôme est obtenu après deux années de formation dont le contenu a été récemment réactualisé par arrêté⁸⁴. Elle dure deux ans et est accessible après deux années minimales d'exercice professionnel et un concours d'entrée..

Un module complet concernant la prise en charge des urgences couvre les différentes activités des Samu et des Smur, les situations de catastrophe, les urgences intra hospitalière. Il est complété par un stage de 8 semaines en Smur.

Ce module revêt une importance particulière et est complémentaire du module traitant du transfert intra –hospitalier du patient de réanimation.

Tous les enseignements transversaux (prise en charge de la douleur, vigilances) et le module réanimation trouvent toute leur utilité dans le domaine de l'aide médicale urgente. Tout l'enseignement traitant des techniques anesthésiques et de la pharmacologie , permettent à l'Iade d'apporter un niveau de sécurité de prise en charge optimal pour les transferts de patients anesthésiés (sortie de bloc opératoires , de SSPI...)

Cette formation fait de l'Iade un personnel infirmier qui en plus de son expérience passée (minimum deux années souvent dans un service d'urgence réanimation ou SSPI), acquiert une polyvalence le rendant l'acteur privilégié de l'aide médicale urgente.^{85 86}

D'ailleurs les recommandations de la SFAR en matière de transferts inter-hospitaliers citent l'Iade comme le personnel le plus adapté à assister le médecin lors de ceux ci.⁸⁷

⁸³ Décret n°91-1280 du 17 décembre 1991, modifiant le décret 88-903 du 30 aout 1988.

⁸⁴ Arrêté du 17 janvier 2002 relatif à la formation conduisant au diplôme d'état d'infirmier anesthésiste

⁸⁵ P.Carli,A. Barboteu, L'infirmière de Samu Smur, Revue de l'infirmière N° 15 Octobre 1989 : 58-9

⁸⁶ Hospital .B ,Une profession en pleine mutation : L'Isar de Smur .Soins chirurgie,N°97, Mars1989 :32-3

Dans les recommandations de 1994 concernant les transferts intra-hospitaliers le groupe de travail émet la possibilité que ce transfert puisse être effectué au mieux par un Iade ou un IDE, un médecin pouvant intervenir à tout moment conformément au décret d'actes.

Rappelons que l'Iade est lié au décret 2002-194 régissant ces actes professionnels. L'article 10 le concerne plus particulièrement.

Art. 10. - L'infirmier anesthésiste diplômé d'Etat est seul habilité, à condition qu'un médecin anesthésiste-réanimateur puisse intervenir à tout moment, et après qu'un médecin anesthésiste-réanimateur a examiné le patient et établi le protocole, à appliquer les techniques suivantes :

1o Anesthésie générale ;

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

3o Réanimation per-opératoire.

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

En salle de surveillance post interventionnelle, il assure les actes relevant des techniques d'anesthésie citées aux deuxième, troisième et quatrième alinéas et est habilité à la prise en charge de la douleur postopératoire relevant des mêmes techniques.

Les transports sanitaires visés à l'article 9 du présent décret sont réalisés en priorité par l'infirmier anesthésiste diplômé d'Etat.

L'infirmier en cours de formation préparant à ce diplôme peut participer à ces activités en présence d'un infirmier anesthésiste diplômé d'Etat.

La priorité mais non l'exclusivité est donc donnée aux Iade pour effectuer les missions de l'aide médicale d'urgence.

Les ambulanciers :

Formation initiale : Leur formation se déroule dans des écoles agréées par la préfecture.⁸⁸ Elle se compose d'un enseignement théorique de 160 heures et d'un enseignement pratique.

L'enseignement théorique comprend trois modules : santé (60 heures), technique (50 heures), aspects juridiques et déontologiques (50 heures) ;

L'enseignement pratique comprend deux modules : un stage hospitalier (24 demi-journées) et un stage chez un transporteur sanitaire habilité (26 demi-journées).

Possibilité de se former après le diplôme.⁸⁹

Les ambulanciers de la fonction publique hospitalière peuvent suivre une formation complémentaire destinée à l'adaptation à l'emploi des conducteurs ambulanciers de service mobile d'urgence et de réanimation dans la fonction publique hospitalière (SMUR).

La durée de la formation est de quatre semaines. Elle comprend :

- quatre modules d'enseignement : radiotéléphonie, hygiène, décontamination et désinfection, situation d'exception et participation à la prise en charge d'un patient au sein d'une équipe médicale ;
- Un stage dans un service mobile d'urgence et de réanimation, d'une durée d'une semaine qui fait l'objet d'un rapport de stage.

Pour être affectés dans un SMUR, les conducteurs ambulanciers de la fonction publique doivent avoir suivi cette formation et effectué, au préalable, un stage de sécurité routière et de conduite en état d'urgence.

⁸⁷ Recommandations concernant la surveillance des patients au cours des transferts inter-hospitaliers médicalisés. SFAR 1992

⁸⁸ Arrêté du 4 juin 2002 modifiant l'arrêté du 21 mars 1989 relatif à l'enseignement, aux épreuves et à la délivrance du certificat de capacité d'ambulancier NOR: SANP0222016A

⁸⁹ Arrêté du 26 avril 1999 relatif à la formation d'adaptation à l'emploi des conducteurs ambulanciers de service mobile d'urgence et de réanimation de la fonction publique hospitalière NOR: MESH9921503A

Cette formation complémentaire fait de l'ambulancier de Smur le collaborateur privilégié de l'équipe de transport. Ses compétences n'empiètent pas sur celles des personnels infirmiers et médicaux mais les complètent de part sa parfaite connaissance de la conduite en urgence et du matériel utilisé.

Tableau 4, Récapitulatif volumes horaires des formations complémentaires Samu/Smur (Hors DU et formations locales)

Profession requise	Intitulé	Durée formation	Théorie	Travaux dirigés	Stages
Médecin +examen probatoire	Capacité de médecine d'urgence	2 ans	160 h	64h	400 h et 12 gardes
Infirmier De et 2 ans exercice +Concours d'entrée	Diplôme d'état d'infirmier anesthésiste	2 ans	468 h	232 h	70 semaines
Ambulancier CCA+Stage conduite	Conducteur ambulancier Smur	4 semaines	Non précisé	Non précisé	1 semaine

4.1. LES OBJECTIFS.

L'enquête à pour objectifs de tester :

- L'état actuel du mode d'exercice, l'ancienneté du diplôme, les modalités de travail
- L'évaluation du niveau de compétences reconnu par les professionnels dans le cadre de leur exercice.
- Les réactions des individus concernés face à ce changement auquel ils n'ont pas été pour la plus part préparés ou même avertis.
- Les éventuels besoins de formation complémentaire
- Le ressenti des responsables médicaux face à cette situation nouvelle.

4.2. OUTILS ET METHODE.

4.2.1. -Choix de l'outil

En fonction des objectifs précédemment définis et de la volonté d'obtenir une exhaustivité maximale nous avons décidé de nous orienter vers une technique de questionnaires.

Ceux ci permettent un échantillonnage large, la population étant dispersée géographiquement. Nous effectuerons une analyse statistique des résultats. Le respect de l'anonymat du répondant étant garanti, l'insertion de questions ouvertes permettra d'enrichir les réponses.

Des questions d'opinions permettront « *de ne plus demander aux gens ce qu'ils savent mais ce qu'ils pensent au sujet de ce qu'ils savent ou croient savoir* »⁹⁰.

4.2.2. -La population étudiée :

Nous avons ciblé tous les personnels infirmiers et leur encadrement travaillant dans le cadre des Samu. Parallèlement nous avons choisi d'interroger les responsables médicaux de ces structures avec un questionnaire comportant des questions communes et des questions spécifiques.

4.2.3. -L'échantillonnage :

Nous avons choisi dans un souci d'exhaustivité de contacter l'ensemble des Samu du territoire.

4.2.4. -L'élaboration du questionnaire :

Le questionnaire est élaboré grâce au logiciel Sphynx®.

Le questionnaire infirmier comporte 32 questions dont 16 questions fermées, 7 questions préformées, et 9 questions ouvertes.

Le questionnaire médecin comporte 25 questions dont 4 questions fermées, 3 questions préformées, 5 questions ouvertes, 13 questions Type choix multiple avec classement des items.

90 M Grawitz , Méthodes des sciences sociales, Dalloz, p617,1996

4.2.5. - Méthode d'analyse.

Les résultats sont entrés en informatique grâce à un formulaire de saisie élaboré avec le logiciel Sphinx®.

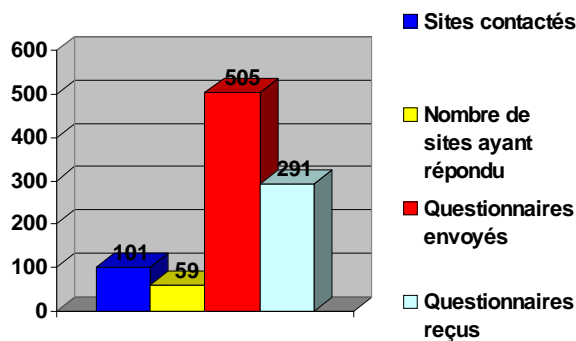
Le traitement des résultats, l'analyse des tableaux croisés et l'établissement des graphiques présentés ont été réalisés avec ce même logiciel et le logiciel Excel® de Microsoft®.

5. SYNTHÈSE DES RESULTATS

5.1. LE QUESTIONNAIRE PARAMÉDICAL

Le taux de réponses :

Graphique 1 : Taux de réponses au questionnaire paramédical



Le taux de réponses en terme de sites ayant répondu est de 58.4%

Le taux de réponses en terme de questionnaires est de 57.6%.

Ce taux de réponses étant jugé comme satisfaisant, il n'a pas été fait de relance.

Question1 :

Cette question filtre concernant les différentes professions permettra de changer de strates d'études selon les besoins de l'analyse.

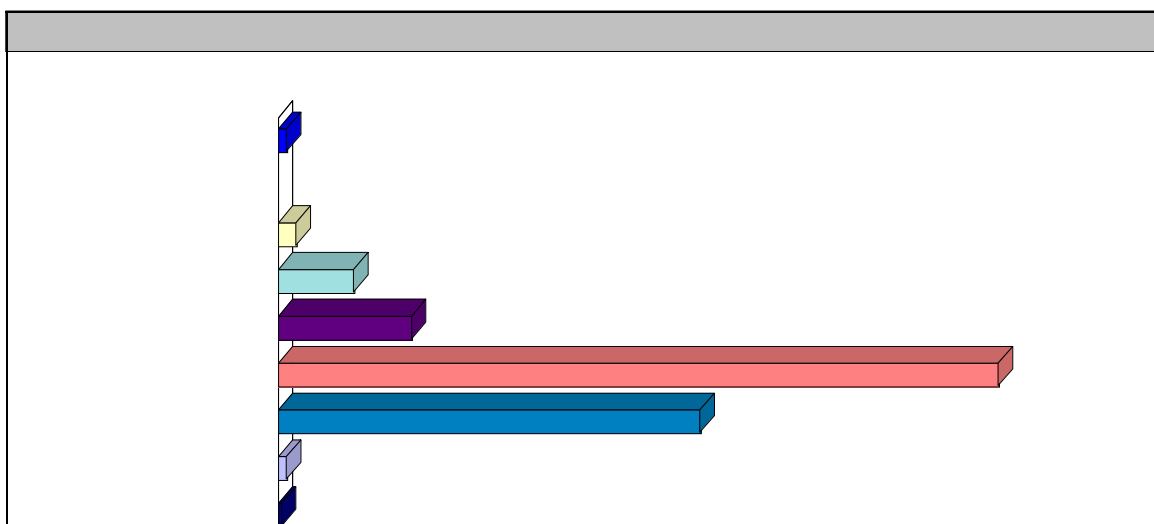
Les résultats sont les suivants :

Tableau 5 : Profession de la population interrogée

Profession	Nb. cit.	Fréq.
Non réponse	2	0,7%
Cadre supérieur	0	0,0%
Cadre supérieur IADE	4	1,4%
Cadre IDE	16	5,5%
Cadre IADE	28	9,6%
IDE	150	51,5%
IADE	88	30,2%
Puericultrice	2	0,7%
eleve iade	1	0,3%
TOTAL CIT.	291	100%

Sur l'ensemble de sites ayant répondu le personnel paramédical est composé à la fois d'Ide et d'Iade dans 12 cas soit 20% des réponses.

Graphique 2 : Répartition de la population interrogée

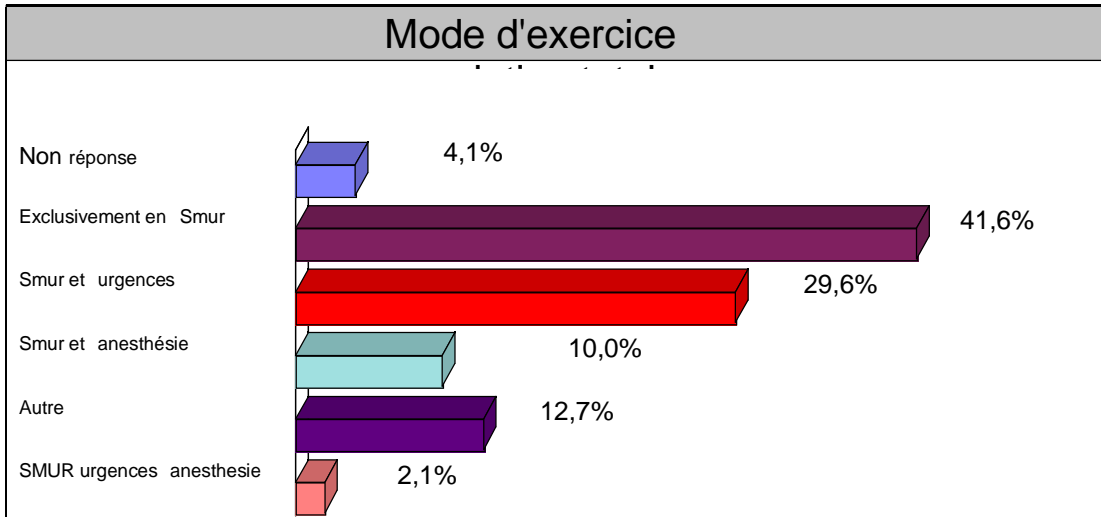


L'encadrement est majoritairement assuré par des cadres spécialisés même si les Iade ne représentent que 30% des infirmiers Samu.

Question10 :

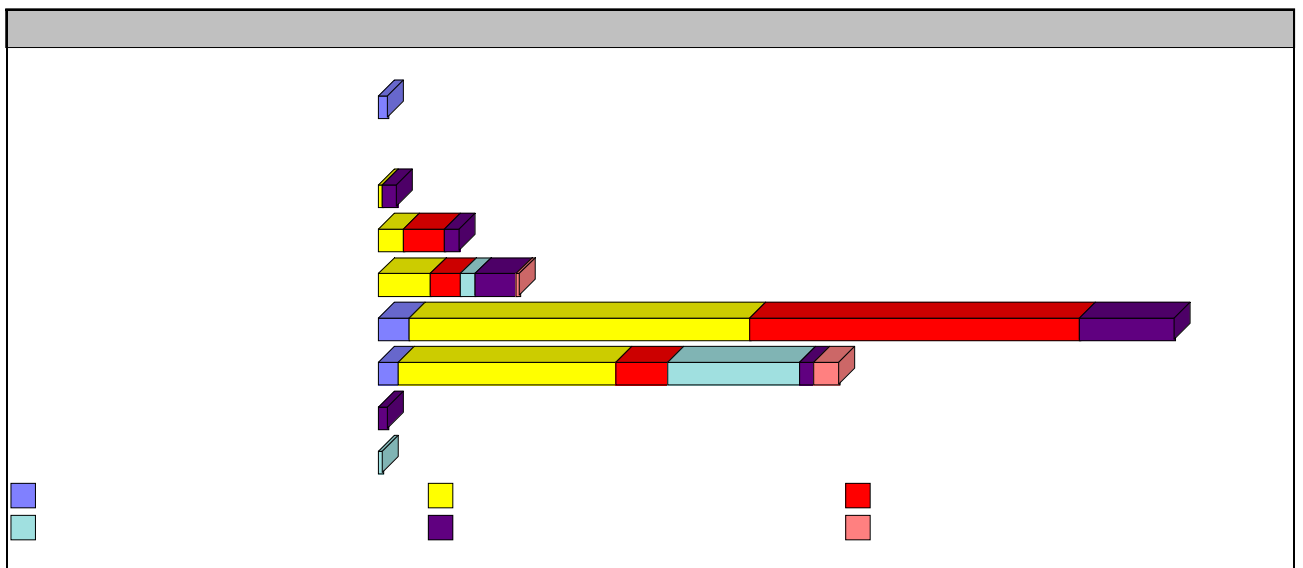
Concerne le mode d'exercice.

Graphique 3 : Les principales combinaisons d'exercice professionnel pour la totalité de la population étudiée.



Une grande majorité travaille exclusivement en Smur, suivie de la combinaison Smur et urgences.

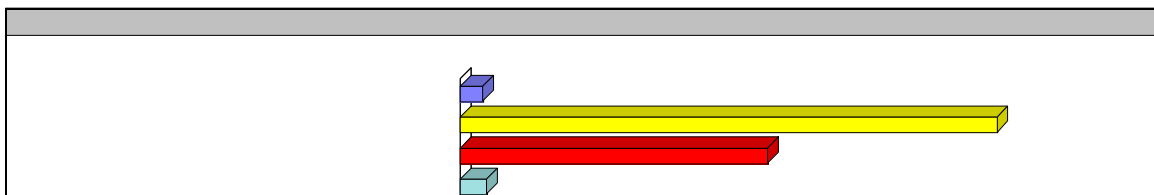
Graphique 4 : Mode d'exercice en fonction de la profession.



Question14.

Quelles équipes pratiquent les transferts inter-hospitaliers ?

Graphique 5 : Les équipes de transfert inter –hospitaliers.



Les transferts inter hospitaliers sont majoritairement (59.8%) effectués en équipe complète quel que soit la pathologie.

Si l'équipe est composée selon la pathologie on trouve les combinaisons suivantes

L'Ide ou l'Iade effectue le transport seul avec un ambulancier (15% des cas), Les sages femmes sont citées en cas de risque d'accouchement dans 3% des cas, les pédiatres et puéricultrices dans 6% des cas. On retrouve les étudiants en médecine et internes accompagnés d'Iade ou d'Ide dans 3% des cas.

Question 16 :

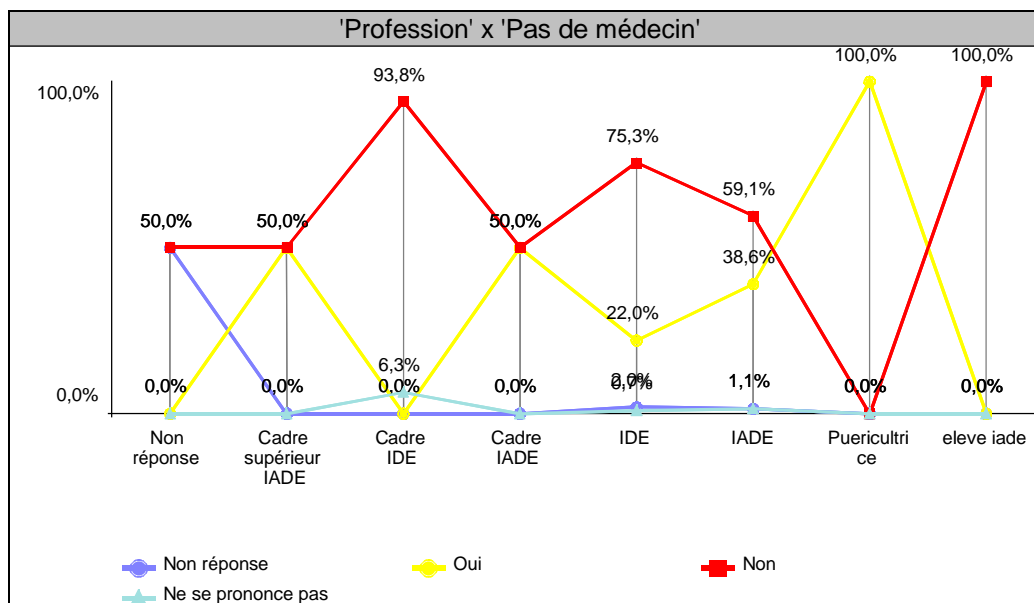
Avez vous déjà effectué des interventions sans médecin ?

Graphique 6 : Intervention sans médecins pour la population totale.

Profession	Oui	Non	Ne se prononce pas	Non réponse
Non réponse				50,0%
Cadre supérieur IADE				50,0%
Cadre IDE				93,8%
Cadre IADE				50,0%
IDE				75,3%
IADE				59,1%
Puéricultrice				100,0%
élève iade				100,0%

29.2% de la population interrogée à effectuée des interventions sans médecin présent.

Graphique 7 : Récapitulatif des transferts sans médecins selon la profession.

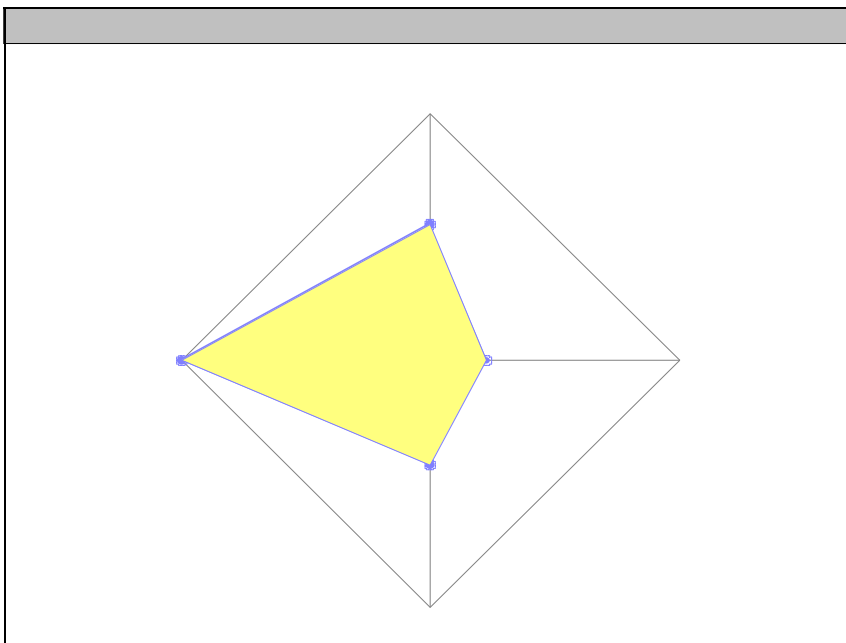


La moitié des cadres Iade et cadres supérieurs Iade ont effectué des transports sans médecin, 22% des Ide et 38.6% des Iade en ont effectué, les deux puéricultrices ont effectué des transferts seuls.

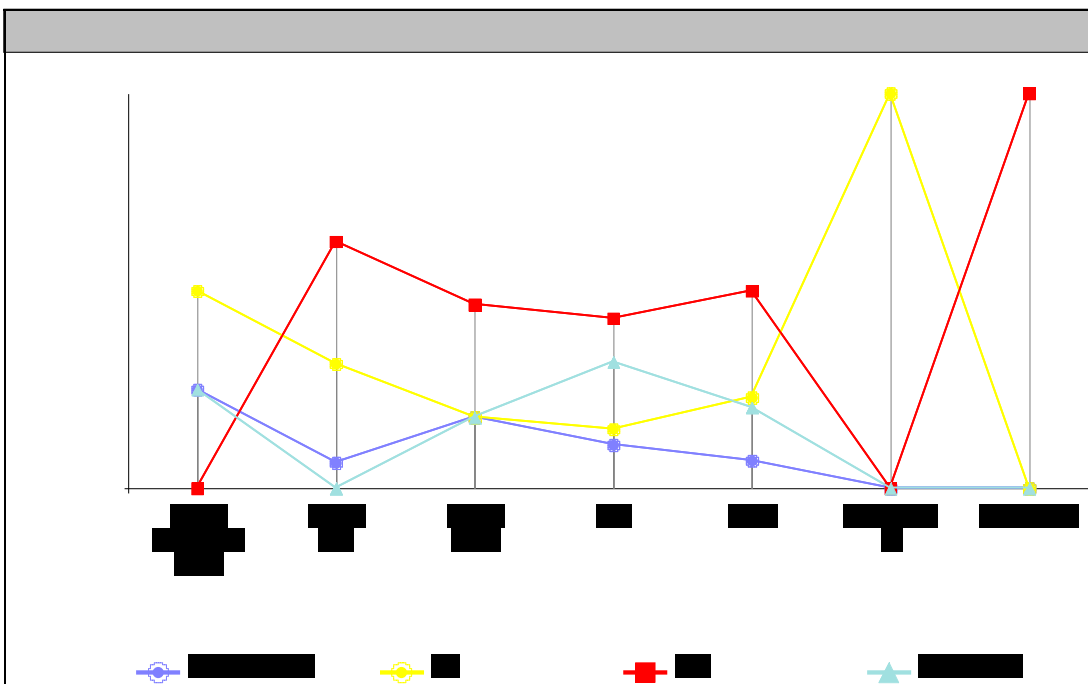
Question 22 :

Il était demandé aux professionnels si leur décret d'actes les autorisait à effectuer des transferts seuls.

Graphique 8 : Répartition des réponses pour la population totale.



Graphique 9 : Autorisation d'effectuer des transports sans médecins en fonction de la profession.



A cette question le « non » l'emporte à 45.4% sur l'ensemble de la profession. 19.3% des personnes interrogées sont indécises sur le sujet. Les Iade pensent que leur décret ne leur permet pas d'effectuer de tels transports à 50% contre 42% pour les Ide.

Question 23 :

En cas de mise en place de transferts para médicalisés, on demandait quelles étaient les conditions de réalisations indispensables.

Tableau 6: Conditions de réalisation pour la population totale

Question 24 :

Concernant les réponses libres aux conditions de sécurité et de légalité.

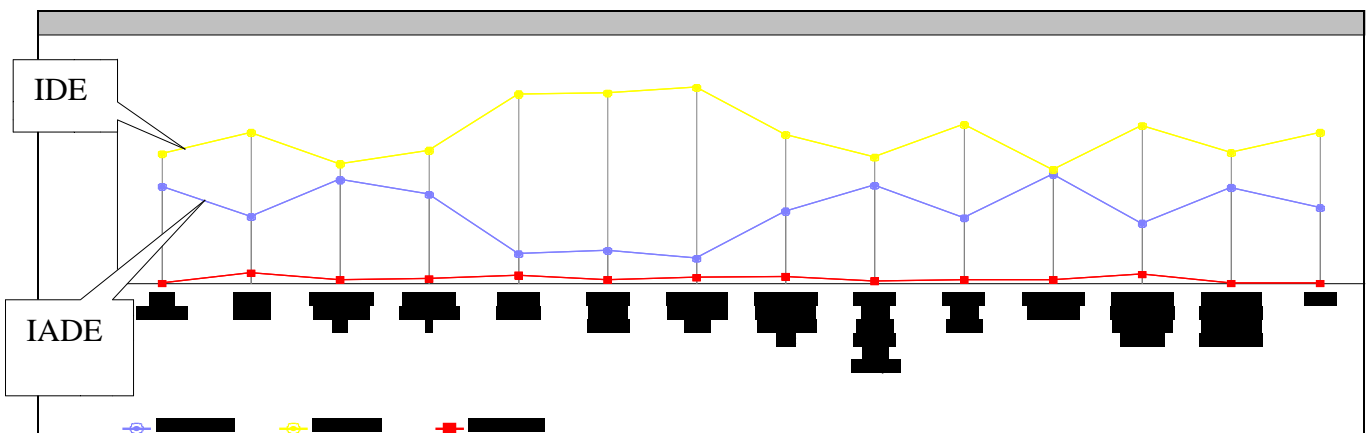
A cette question ouverte nous avons obtenu 101 réponses. Soit 34%

- Dans 42 citations il est question de mise à jour du décret d'actes infirmiers.
- Deuxième item cité à 40 reprises celui de la formation continue obligatoire
- La formation initiale : on retrouve 15 citations en faveur d'un diplôme spécifique autre que iade (infirmier urgentiste).
- La présence d'un Iade est considérée comme un facteur de sécurité dans 14 citations
- La formation Iade est citée comme gage de sécurité indispensable dans 12 cas dont 6 citations par des Ide.
- Implication de l'encadrement 10 fois cités
- D'autres items sont retrouvés plus isolément comme : Stabilité du patient, compétences des régulateurs, présence d'un ambulancier supplémentaire, liaisons téléphoniques ou radio fiables, possibilité de continuer à exercer en Smur primaire avec un médecin, présence d'un autre paramédical avec Iade, reconnaissance salariale de cet exercice, motivation financière, médecin sur place à la prise en charge, UMH complète car environnement familial.

Question 25 :

Quels types de transports vous semblent-ils dépasser vos compétences actuelles parmi un choix de pathologies ?

Graphique 10 : Transports dépassant les compétences actuelles en fonction des professions.

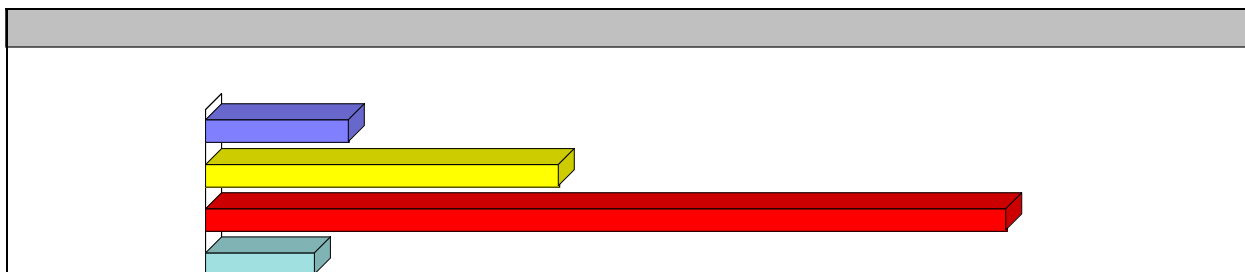


La représentation graphique montre clairement les domaines dans lesquels les Iade et les ide ont un champ de compétences différent. Pour toutes les pathologies les Iade se déclarent plus aptes à

effectuer des transports sans médecin. L'infarctus du myocarde, la contre pulsion et le transfert in utéro voient les courbes se rapprocher signifiant que tous se considèrent incompetents pour ce type de transports à près de 50%.

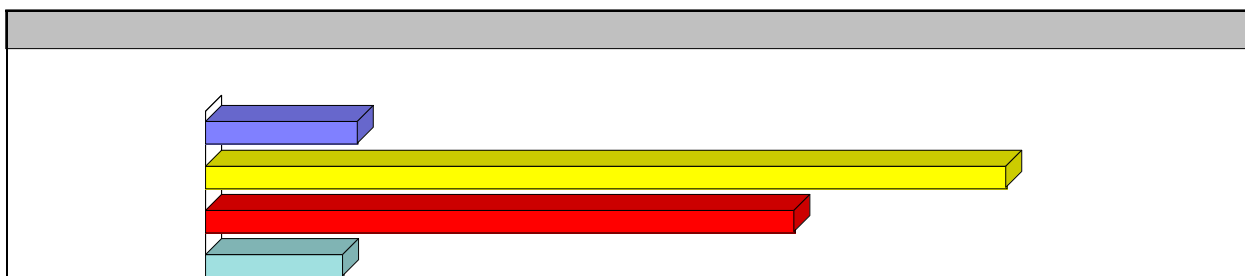
Question 27

Graphique 11 : Formation initiale suffisante pour l'ensemble de la population observée.

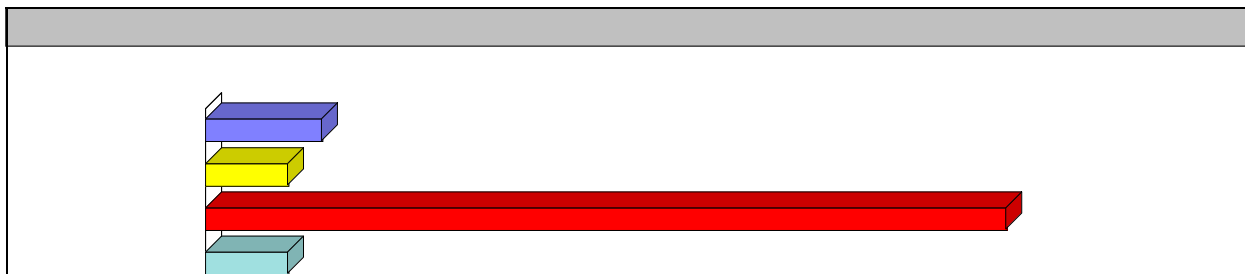


Une très nette majorité (56.7%) affirme que sa formation de base n'est pas suffisante.

Graphique 12 : Formation initiale suffisante (DE +DEIADE) population Iade.



Graphique 13 : Formation initiale (DE) suffisante population Ide.

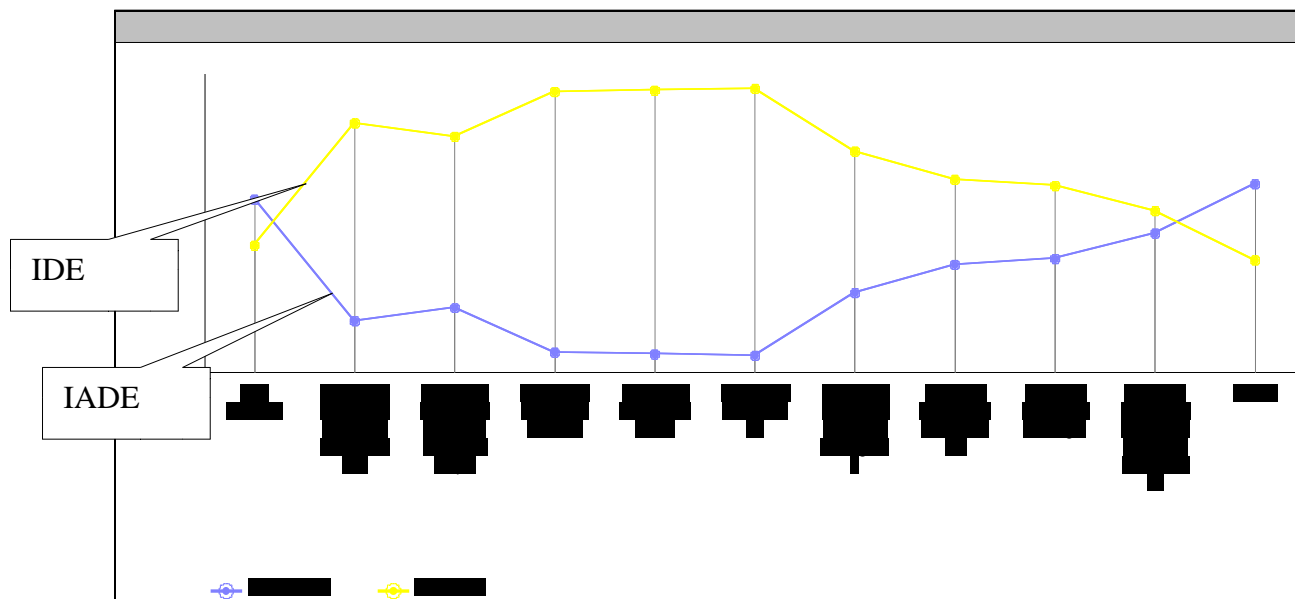


Ces trois graphiques résument la situation. La formation initiale d'infirmier ne semble pas suffisante pour 73.5% des Ide et de leur encadrement. Ce chiffre se réduit à 35% en interrogeant les Iade. Il n'y a pas de corrélation entre l'ancienneté dans le service et la réponse à cette question.

Question 28 :

Quel est le besoin en formation ?

Graphique 14 : Besoins de formation en fonction de la profession Ide/Iade.

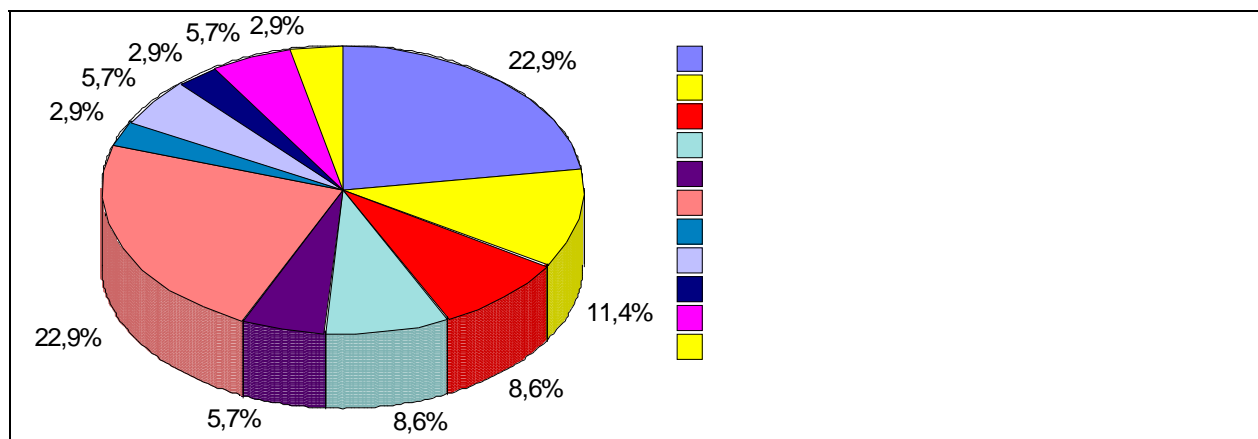


Ce graphique souligne le déséquilibre entre les besoins de formation des deux catégories concernées. Les Ide demandent une formation dans plus de 90% des cas sur l’anesthésie, la sédation, l’intubation. Un complément de formation sur les méthodes de télécommunications est demandées par les deux professions et représente le point de croisement de la courbe.

Question 29 :

Les autres besoins en formation complémentaire.

Graphique 15 : Besoins en formation complémentaire : autres. (Population totale)



Les formations demandées (35) au total ont été regroupées par grands thèmes. Une formation portant sur la prise en charge de l’urgence revient dans 22% des cas. La lecture de l’électrocardiogramme (ECG) est retrouvée dans 22.9% des citations. Des Ide citent la formation d’Iade dans 8.6%.

Question 32 :

Cette question libre permettait aux répondants de s’exprimer au travers de remarques diverses. Nous avons obtenu 76 réponses dont la répartition par profession est la suivante

Les cadres et cadres supérieurs Iade :

Les cadres insistent sur la nécessité de faire réaliser ces transports par des Iade (5 réponses). Certains (3 réponses) sont totalement opposés à la mise en place d’un tel système ; deux approuvent le principe

de mise en place avec les réserves évoquées plus haut (formation continue, Iade, exercice régulier en Smur primaire avec médecin). Dans tous les cas on retrouve la volonté de voir évoluer les textes législatifs de façon claire et nette ; enfin ils insistent sur le besoin de différencier les Smur (médicalisé par définition) et ces transports para médicalisés. Trois cadres insistent sur le fait que ces transports sont liés à la gestion d'une pénurie de médecins.

Les cadres Ide :

Les cadres Ide insistent sur la formation des Ide. La formation initiale Ide leur paraît totalement insuffisante surtout pour les nouveaux diplômés. Une remarque souligne que les compétences sont insuffisantes pour les Ide que la charge de travail est déjà insupportable et qu'il ne faut pas accepter de tâches supplémentaires pour « arranger les médecins » d'autant plus que la rémunération n'est pas en adéquation avec les responsabilités Ce cadre indique que c'est un biais pour que les Iade se « prennent encore plus pour des médecins » ! . A l'opposé deux d'entre eux se disent favorable à l'évolution de ces infirmiers vers la profession d'Iade. La mise à jour des textes de références est de nouveau citée.

Les Iade :

Sur les 27 réponses obtenues 10 sont totalement opposées à ce type de transports. Les raisons évoquées sont : l'absence de droit de prescription incompatible avec ce mode d'exercice, le fait que les textes ne nous en donnent pas le droit, l'Iade ne doit pas « se prendre pour un petit médecin ». Le fait de palier à un manque de médecin entraîne certains à s'interroger sur la pérennité du système une fois la démographie médicale rétablie à un niveau supérieur.

Les autres réponses sont plus favorables aux transferts para médicalisés en insistant sur le besoins de maintien des connaissances par des formations continues et la participation à des congrès, ils insistent sur la nécessité de préférer les Iade conformément aux textes de loi. Ils voient dans cette nouveauté une valorisation de la profession et demandent une reconnaissance officielle de ces transports y compris au niveau salarial. Des équipes sont déjà organisées pour effectuer de tels transports et attendent le feu vert des autorités. L'absence de clarté des textes est une fois de plus omniprésente dans toutes ces réponses.

Enfin 15 Iade demandent que la mise en place de tels transports se réalise avec l'avis des professionnels et de leur encadrement au sein des sociétés savantes rédactrices des textes de recommandation.

Les Ide :

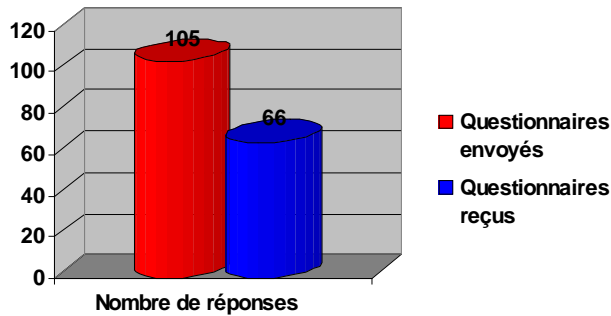
Sur les 29 réponses à cette question une grande majorité (17 réponses soit 58%) des infirmiers interrogés sont contre de tels transports. Le manque de formation est évoqué dans 13 cas (6 Ide citent la formation Iade comme adaptée et souhaitable). Le manque d'habitude pour appliquer des protocoles sans médecin présent est cité 4 fois. D'autres sont plutôt pour mais avec une formation adaptée reconnaissant que la formation initiale des Ifsi est totalement inadaptée à ce type de travail. Le flou des textes est là aussi cité à de nombreuses reprises.

5.2. LE QUESTIONNAIRE MEDICAL

Ce questionnaire a été envoyé aux médecins responsables des Samu français.

Le taux de réponses

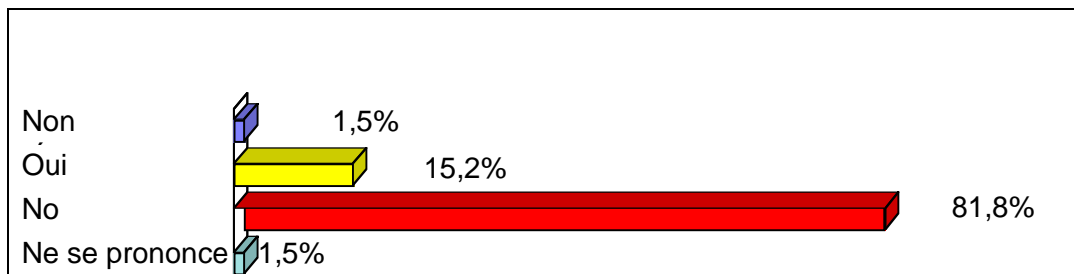
Tableau 7 : Taux de réponses au questionnaire médical



Le taux de réponse à ce questionnaire est de 63%

Question M5 :

Graphique 16 : Présence médicale dans tous les transferts régulés par le Samu, réponse pour la totalité de la population interrogée.



Une très forte majorité de réponse exprime la réponse « non » à 81%. Ces chiffres sont superposables que l'on s'adresse aux anesthésistes ou aux urgentistes.

Question M6 :

Les réponses à cette question ont été nombreuses 43 (65%).

Nous retrouvons des thèmes récurrents :

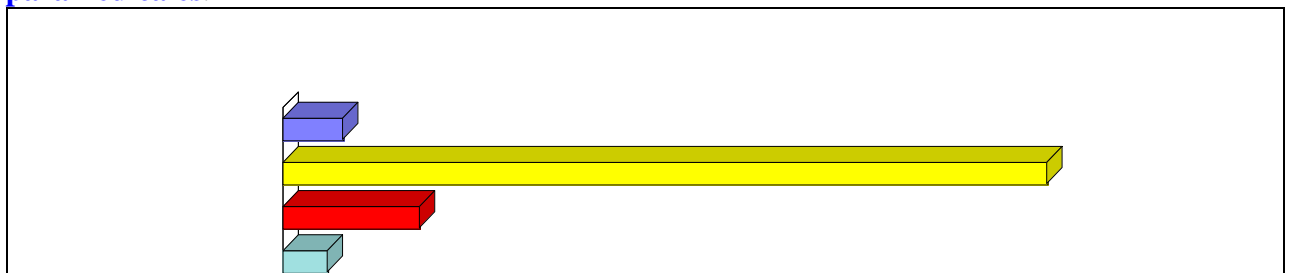
L'état du patient qui doit être stable (9 fois), conditionné(5fois), les critères de gravité définis (7 fois), Le suivi médical n'est pas indispensable pour une courte durée (7 fois). Beaucoup de transports pour surveillance d'un drain thoracique pourraient être confiés à une équipe paramédicale (2 fois). La présence physique du médecin ne change pas fondamentalement les choses. (2 fois).

Des médecins citent notion de médicalisation abusive pour des raisons de responsabilité, « secondaires parapluie » (5 fois).

Les Iade sont cités comme personnels capables d'assurer ces transports dans 10 cas. Les Ide de niveau Unités de Soins Intensifs 2 fois.

Question M7 :

Graphique 17 : Certains transferts pourraient -ils être confiés à des équipes paramédicales.



Les résultats sont superposables à ceux de la question M5 malgré un taux de non-réponses légèrement supérieur.

Question M8 :

Cette question permettait de hiérarchiser le type de professionnel adapté pour ce type de transferts.

Tableau 8 : Quels personnels pour effectuer ces transferts?

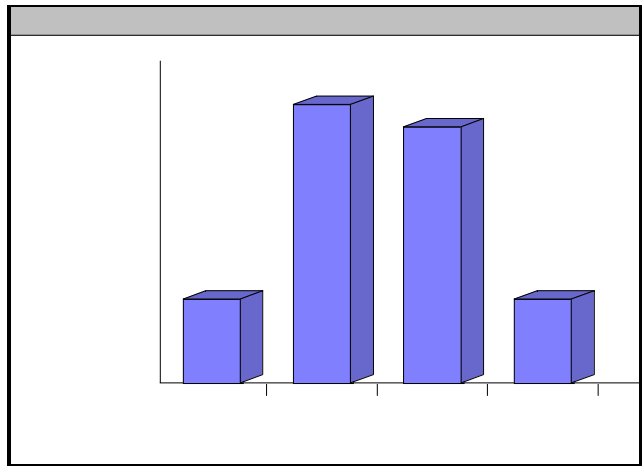
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

Les Iade sont cités dans 57.6% des cas au rang 1
 Les Ide arrivent en seconde position avec 47% de citation au rang 2
 Les puéricultrices sont citées en troisième position pour les transferts pédiatriques.
 La rubrique autres est représentée par les sages femmes citées 14 fois pour les transferts in utero risqués.
 Les ambulanciers ne sont cités qu'en rang 4 mais sont associés à tous les transferts.

Question M9 :

Concernant la législation.

Graphique 18 : Légalité de ces transferts selon le décret du 11 février 2002.



Les avis sont très partagés. Seuls 39% des médecins interrogés pensent que le texte autorise ces transferts, 36.4% pensent que non, 12% ne savent pas, et 12% ne répondent pas.

6. ANALYSE ET DISCUSSION

L'analyse de cette enquête nous conforte dans le fait que ce sujet est considéré comme important par l'ensemble des professions interrogées.

Le taux de réponse en témoignage, malgré un contexte défavorable déjà évoqué.

Dans un premier temps analysons la population étudiée.

La population interrogée est-elle représentative ?

Si on se réfère aux enquêtes réalisées précédemment, les chiffres concordent avec ceux publiés et sont cohérents avec ceux des études démographiques officielles. La population peut donc être considérée comme représentative.

Ce secteur est beaucoup plus masculin que dans l'ensemble de la profession.

Les puéricultrices n'ont répondu que deux fois dont un homme ce qui signifie que leur présence n'est pas courante au sein des Samu. Nous n'avons pas interrogé de Smur exclusivement pédiatrique ce qui explique cela.

Les professionnels ayant répondu possèdent leur diplôme d'état IDE depuis au moins trois ans. Très peu de « très jeunes diplômés » (5.5%), exercent en Samu.

Les Iade ont plus de 3 ans de diplôme Iade dans plus de 70% des cas donc 7 ans minimum de DE infirmier.

Les infirmiers dans leur ensemble exercent dans ces services depuis quatre ans. Une concentration des réponses dans les quatre dernières années est cohérent avec la mise en conformité des textes de 1997 concernant la présence des infirmiers au Smur.

Le type d'exercice est majoritairement mixte adulte et pédiatrique seul 31% exerce exclusivement en Smur adulte. Ce type d'exercice explique la demande très forte de formation en néonatalogie exprimée par tous les professionnels.

Les différents secteurs d'activité montrent une plus grande polyvalence des Iade par rapport aux Ide du fait de leur diplôme (5 champs d'exercice cités).

La seconde partie du questionnaire concernait l'activité Smur.

Si la majorité des services effectuent tous leurs transferts en équipe complète quelque soit la pathologie, 34 % des équipes sont composées selon la pathologie et 29% des personnes interrogées effectuent des interventions sans médecin avec une majorité d'Iade. Ce sont ceux de la classe d'ancienneté de 8 ans qui sont majoritaires.

Dans ces interventions on note 24% d'interventions primaires. Cette donnée est à pondérer car certains (4 cas) considèrent avoir réalisé des interventions sans médecin, un interne en formation étant tout de même présent dans l'équipe.

Ces chiffres sont sensiblement plus importants que les expériences officielles citées dans le rapport Berland. Ils s'expliquent aussi par l'analyse de la réponse M5 [graphique 41]. En effet 81% des médecins interrogés considèrent que la présence médicale ne se justifie pas dans tous les transferts actuellement réalisés par les Smur. Il est donc logique que de solutions alternatives soient recherchées et testées localement.

Le matériel souhaité par les différents acteurs pour effectuer ces transports appelle à quelques commentaires.

Il était demandé : « De quels dispositifs médicaux dont vous maîtrisez le fonctionnement devriez vous disposer pour effectuer ces transports sans médecin ? » Les réponses montrent que le matériel le plus fréquemment cité se rapproche de l'équipement de base d'une Umh. 31 Ide citent le matériel d'intubation, geste qui ne figure pas dans leurs compétences.

Le dispositif de mesure invasive de la pression artérielle est l'item le moins cité.

Le défibrillateur semi-automatique pourtant particulièrement adapté n'est pas systématiquement proposé ce qui témoigne peut être d'un déficit de formation à ce niveau notamment pour les plus anciens diplômés.

L'analyse des médicaments demandés permet de mettre l'accent sur la forte implication de tous sur le traitement de la douleur y compris avec des substances morphiniques. Le reste des médicaments s'approche à ceux d'une Umh et on retrouve dans la demande de médicaments la spécificité de la profession Iade (curares, hypnotique, morphiniques).

La légalité de ces transports est loin de recueillir un consensus. 45% de la population interrogée pense que le décret d'actes infirmiers ne les autorise pas à effectuer de tels transports.

Les cadres et les Iade sont majoritaires à partager ce point de vue. Il est intéressant de noter que le fait de penser que le décret ne donne pas l'autorisation n'empêche pas de pratiquer tout de même ces transferts. (15% des IDE/IADE qui disent exercer seuls pensent qu'ils sont dans l'illégalité).

Les chiffres correspondant au questionnaire médical confirment le flou de cette notion de légalité. (36% des médecins pensent que le décret ne permet pas un tel exercice).

Les conditions indispensables citées pour réaliser ces transports nous permettent de nous faire une idée du niveau de sécurité et d'encadrement recherché par les professionnels. Le besoins de protocoles est réel sans demande d'une validation individuelle ce ceux ci. Tous veulent garder un contact avec le médecin que cela soit par les télé transmissions ou par la possibilité d'obtenir un renfort rapide.

Par contre la notion de débriefing systématique des interventions n'est pas évoquée. Cet item n'avait volontairement pas été proposé et il n'apparaît pas dans les autres conditions. Pourtant les expériences de débriefing des interventions pourraient permettre de réajuster les dysfonctionnements éventuels. Cette absence est peut être le signe de la difficulté d'évaluer ses pratiques professionnelles.

Les pathologies proposées dans la question 25 montrent que les professionnels sont majoritairement conscient des limites de leurs compétences respectives . Les transferts de patients intubés ventilés sédatisés sont plus cités comme dépassant les compétences par les Ide que les Iade.

La formation initiale (c'est à dire le diplôme d'état pour les Ide et le diplôme d'état plus celui d'anesthésie pour les Iade) n'est pas considérée comme suffisante pour 73.5% des Ide interrogées et pour 35% des Iade. Dans cette dernière population se sont ceux qui ont plus de 15 années d'ancienneté en Smur qui considèrent que leur formation initiale n'est pas suffisante. Ceci peut être expliqué par la refonte des programmes de formation Iade intégrant actuellement comme nous l'avons vu un module spécifique Samu Smur .

Si cette formation n'apparaît pas suffisante pour les Ide ils sont demandeurs du complément correspondant en partie au programme des études Iade [Graphique 32]. Les Iade sont demandeurs d'une formation en néonatalogie pour 75 % d'entre eux ce qui signe probablement un manque dans la formation initiale.

Les Iade semblent bénéficier d'une formation continue spécifique plus importante que les Ide.

Dans ces conclusions d'étape , le sénateur Berland ⁹¹ traite de la formation . *« La légitimité de la délégation viendra de la compétence et donc de la formation. Lorsque le métier existe, il est indispensable d'envisager une meilleure formation des acteurs médicaux et paramédicaux susceptibles d'accepter le partage des tâches, soit en modifiant la formation actuelle sans modifier la durée des études, soit en allongeant la durée de la formation. Lorsque le métier n'existe pas , la construction des programmes devra tenir compte de la nécessité d'une formation théorique et pratique de qualité permettant aux acteurs d'obtenir non seulement des connaissances mais également des compétences transférables. »*

Il se trouve que dans notre cas le métier existe, c'est celui d'Iade. Certains manques ressentis par la profession notamment en matière de pédiatrie pourraient être facilement corrigés.

L'ensemble de la profession est divisée sur ce mode d'exercice .

⁹¹ Pr Berland, Rapport d'étape de la mission sur le transfert des compétences, Ch 2.2, octobre 2003

La formation initiale des Infirmiers diplômés d'état semble insuffisante pour exercer sans médecin. On ressent une opposition globale à travailler sans médecin. De nombreux questionnaires (24) sont retournés avec les commentaires « je ne suis **Qu'**infirmière ou **Qu'**infirmier» avec cette connotation d'infériorité. On retrouve ici le sujet récurrent de l'identité infirmière. Tant que l'infirmier ne traitera pas d'égal à égal avec le corps médical (malgré des qualifications formelles plus importantes et des fonctions non superposables), la question de cette recherche d'identité se posera et n'obtiendra pas de réponses satisfaisantes.

On ressent le désir de rester un collaborateur du médecin, sans réel désir d'autonomie revendiqué dans ce domaine spécifique. La notion d'une évolution dans le domaine du transport secondaire sans médecin n'est « pas concevable » pour un nombre conséquent de personnes interrogées.

La formation Iade s'approche au plus près de la réalité de terrain mais de nombreux témoignages attestent de l'efficacité du binôme médecin iade qui doit rester comme le standard de la médecine d'urgence pré hospitalière.

On ressent dans les commentaires la crainte de ne plus effectuer que des transferts secondaires seuls et ne plus participer à l'activité de médecine d'urgence primaire avec les médecins.

En tout état de cause les Iade interrogés ne sont pas prêts à effectuer tout et n'importe quoi. Une concertation avec la profession semble indispensable.

Les Iade interrogés dans le cadre de la mission sur le transfert de compétences ne souhaitent pas un élargissement des compétences en ce qui concerne l'activité de bloc opératoire. Le cas de la délégation de compétences en dehors du bloc opératoire notamment dans le cas des transports primaires et secondaires demande selon le rapport une évaluation sérieuse⁹².

L'iade permet aujourd'hui d'apporter un ensemble de compétences nécessaires, bien au-delà des gestes « techniques » comme l'intubation si souvent citée.

Il serait bien réducteur de cantonner l'Iade à ce seul geste même s'il le maîtrise parfaitement.

De part sa formation il est confronté à un exercice souvent solitaire, où les compétences acquises durant ses études et son expérience de terrain deviennent des compétences transférables en situation d'urgence. La transférabilité de ces compétences lui permet de réagir en toutes circonstances dans le respect de la sécurité des patients qu'il prend en charge.

Ces compétences sont le fruit d'une collaboration étroite avec les médecins sur le terrain, elles sont nées d'échanges mutuels et d'enrichissement constants. Elles font appel à la réflexion et sont bien plus que la simple application d'un protocole. Un geste technique pourra toujours être effectué par n'importe qui après un apprentissage ad hoc, mais l'application avec intelligence de ce geste dans des situations complexes fera appel à d'autres ressources que celles de la mémoire.(cf. Page 19)

Attention donc à ne pas tomber dans un mode d'exercice uniquement protocolisé et standardisé. Même s'il faut des savoirs scientifiquement établis qui nourrissent la pensée, encore faut-il pouvoir activer la capacité de penser.

Les réponses médicales :

Les réponses des responsables médicaux des Smur montrent l'intérêt porté au sujet. Une forte majorité des médecins interrogés répond que certains transports pourraient être confiés à des paramédicaux .

On retrouve ici encore cette ambiguïté entre la légalité présumée des textes actuels et la réalité de terrain qui préoccupe tous les acteurs concernés. Tous voudraient faire évoluer la législation en ce sens.

Le choix majoritaire des personnels compétents fait ressortir une préférence pour les Iade, mais la réalité démographique de certaines régions ne permet pas forcément de pourvoir à tous les postes demandés.

⁹² P.Berland, Rapport d'étape sur le transfert de compétences, op. cit.

Le surcoût d'un Iade par rapport à un Ide n'est pas évoqué mais plutôt la difficulté de recruter.

Les médecins qui sont opposés à ce type d'exercice craignent une « dérive à l'anglo-saxonne ».

A l'opposé quelques médecins interrogés (8) se disent favorables à une intervention des Iade en primaire mais pas en secondaire. Pour eux l'activité secondaire qui demande l'adaptation du traitement en fonction de l'état clinique relève plus du médical que l'activité primaire qui comporte une prise en charge standardisée. Cette idée est loin d'être partagée par l'ensemble de la population étudiée.

La phase de régulation médicale restera primordiale pour le respect de l'adéquation des moyens aux besoins réels. Le type de pathologie, la durée de transport, le mode de prise en charge médicale initial, la stabilité du malade seront autant d'éléments à prendre en charge par le médecin régulateur pour choisir le meilleur intervenant. Attention au danger qui consistera à « se couvrir » et à confier à des paramédicaux des transferts aujourd'hui de la compétence des ambulanciers. Ce côté pervers serait contraire aux buts initialement recherchés.

7. PERSPECTIVES

Des témoignages étudiés pour ce travail, il ressort qu'il faut avoir le courage d'envisager d'autres pistes de réflexions. Au-delà de l'intérêt plus ou moins corporatiste de chacun, placer le patient au cœur du débat, penser à ce qu'il désire réellement, réfléchir à ce que nous pensons être le mieux pour lui dans l'état actuel de la science et des structures, mais aussi à ce que lui pense être le mieux.

L'évolution des structures hospitalières en pôles regrouperont probablement les services d'urgences intra et extra hospitaliers. Seront-ils liés aux services d'anesthésie ? rien n'est moins sur. Les Iades devront s'investir au sein de ces services ou ils pourraient trouver une place légitime d'encadrement des soins.

L'évolution du mode de formation en système LMD (licence, master, doctorat) pourrait permettre de nouvelles perspectives sur la formation à la médecine d'urgence pour les paramédicaux.

Les thèmes suivants sans être exhaustifs pourraient servir de pistes de réflexion :

- Réfléchir à une réponse graduée selon les besoins réels. (ambulance, Ide, Iade, équipe médicalisée).
- Parfaire les formations afin de les adapter aux compétences demandées.
- Légiférer afin de clairement valider ce mode d'exercice.
- Favoriser l'évaluation des pratiques professionnelles en médecine d'urgence pré-hospitalière. (Prochains enjeux de la phase 2 de l'accréditation)
- Encourager une véritable recherche paramédicale en médecine d'urgence pré hospitalière.

Réfléchi avec l'ensemble des acteurs dans un climat de confiance et de respect mutuel, ce nouveau mode d'exercice pourrait représenter une réelle avancée identitaire de la profession en élargissant l'autonomie des acteurs. Ainsi ce changement ne serait pas ressenti comme une gestion de pénurie à moindre mal mais comme la recherche de solutions pertinentes et adaptées. La para médicalisation ne doit pas être une solution dégradée mais une réponse supplémentaire et différente aux demandes de soins extra hospitaliers d'urgence.

8. CONCLUSION

Il ressort de l'actualité que les modes de prise en charge des patient en pré hospitalier risquent d'évoluer prochainement.

La para médicalisation existe, inutile d'en nier la réalité. Il paraît judicieux d'en encadrer le développement afin d'en assurer la qualité.

Aujourd'hui les infirmiers anesthésistes diplômés d'état représentent les professionnels les plus compétents pour effectuer certains de ces transports.

Mais ce travail comme tout travail de recherche se doit d'être « biodégradable » comme le dit Edgar Morin, alors soyons attentifs à l'évolution des pratiques et ne restons pas figés sur ces conclusions.

Il faudra probablement créer quelque chose de nouveau ou l'ensemble des acteurs trouvera la place qui lui revient.

Articles de périodiques :

P.Carli, Non aux paramédics, La revue des Samu, 297-299, septembre 2003.

F.Midy, Efficacité et efficience de la délégation d'actes des médecins généralistes aux infirmières, In Questions d'économie de la santé, Bulletin d'information en économie de la santé, N°65, mars 2003.

Etudes et résultats, DREES, N°161, mars 2002.

Repetto C, Casagrande I, et al. Emergency medicine: the Italian experience. Ann. Emergency. Med 1998, 32(2): 248-252

Smith WR, Culley L, et al. Emergency medical service telephone referral program: an alternative approach to nonurgent 911 calls. Prehosp. Emergency. Care, 2001, 5(2): 174-180.

Wrigley H, George S, Smith H, Snooks H, Giasper A, Thomas E, Trends in demand for emergency ambulance services in Wiltshire over nine years: Observation study. BMJ 2002, :646-647.

F.Adnet, J.Minadeo, C.Lapandry, Comparaison entre les systèmes de médecine d'urgence français et américain: L'exemple de Cleveland, JEUR, 1998, 3, 115-123

J.Lassner L'enseignement de l'anesthésie à Paris en 1933. Cahier d'anesthésiologie, 1997, 45(6) :465-466.

E.Balagny, Histoire des infirmiers anesthésistes, cahiers d'anesthésiologie, N° 50(4) : 291-293

Régis Hua -van, Facteurs Humains, le travail humain en équipage, Aviation et Pilote N°354 p43, 2003

C.Italiano, S.Berenbadh, E.Nicaud, E.Gete, J.M.Haegy, Infirmiers et smur résultat d'une enquête nationale, in Revue des Samu, 1998, 249-252.

P.Carli, A. Barboteu, L'infirmière de Samu Smur, Revue de l'infirmière N° 15 octobre 1989 : 58-9

B.Hospital, Une profession en pleine mutation: L'Isar de Smur. Soins chirurgie, N°97, Mars 1989 :32-3

G Devers, « le droit est un allié », Infirmière magazine n°185 septembre 2003

Ouvrages :

J-E de la Coussaye. Les urgences pré-hospitalières, organisation et prise en charge. Paris. Masson. 2003. 216P

Sandrine Poirson-Sicre. La médecine d'urgence pré-hospitalière à travers l'histoire, Glyphe et Biotem éditions, novembre 2002. 211P

M.F Collière, Promouvoir la vie, Paris, Inter éditions, 1982

C.Dubois Freyney, Georgette Perrin, Le métier d'infirmière en France, PUF, 2002, 127P

G.Charles, L'infirmière en France d'hier à aujourd'hui, Paris, Le centurion, 1972

P.Zarifian, Objectif compétence, Entreprise et carrière, Ed Liaisons, Paris nov 2001. 203P

Guy Le Boterf, Construire des compétences individuelles et collectives, Editions d'organisation, 2002.218P

Gérard Vergnaud, Le développement cognitif de l'adulte, traité des sciences et des techniques de la formation, Dundee,1999.

Piaget.J, Problèmes de psychologie génétique, Dunod, 1972

A.d'Iribarne, La compétitivité ,défi social, enjeu éducatif, Presse du CNRS,Paris, 1989

Michel Crozier, Erhard Friedberg, L'acteur et le système, Editions du Seuil 1977 .500P

K.Lewin, Field théory in social science, Harper, New york,1951.

G. Devers, Infirmier, avocat au barreau de Lyon, Droit infirmier,Ed EAL,1995 ; Paris.
JF Grivaux. Aspects juridiques de la sécurité en anesthésie-réanimation.Paris. Arnette 1991. 137p

Profession infirmier, recueil des principaux testes relatifs à la profession, Ref 531001, Berger Levrault,2002

M. Nicolet. L'infirmier anesthésiste. Paris. Médecine sciences . Flammarion. 2003

Madeleine Grawitz, Méthodes des sciences sociales, 11^e édition ; Dalloz,2000, 1019 p

R. Quivy. Manuel de recherche en sciences sociales. 2^o ed. Paris. Dunod.

S. Beaud. F. Weber. Guide de l'enquête de terrain. Ed La découverte 322 p

J.Hart, S.Lucas, management hospitalier, stratégies nouvelles du cadre ,Ed Lamarre, 2003.180p

P.Ricoeur, L'idéologie et l'utopie, La couleur des Idées ,Seuil.,1997.

[Contribution à des congrès et ouvrages collectifs.](#)

Dr Frédéric Berthier Samu 44, faut-il médicaliser les transports secondaires ? , Controverse, congrès SFMU 2003, Palais des congrès Paris.

F.Adnet, Cl Lapandry, F Lapostolle, Comparaison des systèmes d'urgence pré hospitaliers en France ,en Europe et aux États Unis , Les urgences pré-hospitalières J-E De La Coussaye, Masson2003, 216p

V.Monmarteau,V.Dubrous, L'infirmier de sapeurs Pompiers, in cour supérieur infirmier, Urgences 2003, Ed scientifique L&C, Paris 2003,p571.

C.Licette, L'infirmier Croix Rouge Française, in Cour supérieur infirmier, Urgences 2003, Ed scientifique L&C ,Paris, 2003 p563

Gestion des bilans secouristes des sapeurs-pompiers par un infirmier en régulation :
expérience pilote au SAMU-69. L. Roccisano, F. Seemann, D. Catillon, P. Huguet, B. Roury, G. Bagou (Lyon) ,Congrès urgences 2003, Paris.

Histoire de la médecine d'urgence pré-hospitalière , F.Catala,H.Bellan in :Les urgences pré hospitalières, Jean-Emmanuel de la Coussaye, Masson, 2003

C.Bertrand, M-J.Raynal, C.Ammirati,P.Goldstein, Organisation de l'urgence pré hospitalière en France , les textes réglementaires,,Le rôle des Samu, in Les urgences pré-hospitalières , J.E De La Coussaye, Masson, avril 2003.

PM. Hazebrouck - IADE Cadre de Santé (Chalon/Saône)
Enquête nationale ,Congrès Urgence 2003, SFMU,Paris

C.Italiano, S.Berenbadh, E.Nicaud,E.Gete,J.M.Haegy, Infirmiers et Smur résultat d'une enquête nationale, in Revue des Samu,1998,249-252.

Textes réglementaires et recommandations:

-Circulaire N°195/DHOS/01/2003 du 16 avril 2003 relative à la prise en charge des urgences
-Décret N° 97-620 du 30 mai 1997 relatif aux conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les établissements de soins pour mettre en oeuvre un Smur.

-Article 24 du décret 97-1225 du 26 décembre 1997relatif à l'organisation des services d'incendie et de secours

-Décret N°2002-194du 11 février 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier. [Annexe I]

-Recommandations concernant le transfert inter hospitaliers de patients, Sfar , 1992, Paris

-Recommandations concernant les transferts intra hospitaliers, Sfar, 1994, Paris.

-Pr. B. Dixneuf (Nantes), Directeur du groupe - Mme E. Balagny (Paris), IADE
Mme F. Chaumette (Lyon), IADE , recommandations concernant le rôle de l'infirmier anesthésiste diplômé d'état ,1995, Sfar ,Paris

-Recommandations concernant les relations entre anesthésistes réanimateurs, chirurgiens, autres spécialistes et personnels de santé, Ordre national des médecins

-Décret n°91-1280 du 17 décembre 1991, modifiant le décret 88-903 du 30 août 1988.

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

-Recommandations concernant la surveillance des patients au cours des transferts inter-hospitaliers médicalisés. SFAR 1992.

-Arrêté du 4 juin 2002 modifiant l'arrêté du 21 mars 1989 relatif à l'enseignement, aux épreuves et à la délivrance du certificat de capacité d'ambulancier

NOR: SANP0222016A

-Arrêté du 26 avril 1999 relatif à la formation d'adaptation à l'emploi des conducteurs ambulanciers de service mobile d'urgence et de réanimation de la fonction publique hospitalière

NOR: MESH9921503A

-Décret n°93-221 du 16 février 1993 Décret relatif aux règles professionnelles des infirmiers et infirmières.

Mémoires et thèses

Ph. Dupuis, Analyse qualitative des ressources humaines dans les Smur. Mémoire pour l'obtention du diplôme de cadre de santé. AP-HP, 1999-2000 47p.

Références électroniques :

<http://www.sante.gouv.fr>.

<http://www.conseil-national.medecin.fr/>

www.sfar.org

www.samu-de-france.com

www.sfm.u.org

www.legifrance.gouv.fr

www.chu-rouen.fr

<http://www.bdsp.tm.fr/>

<http://pages.infinit.net/sociojmt> (cour de philosophie positive Auguste Comte)

