

Syndicat National des
SNIA
Infirmiers Anesthésistes

Bulletin d'Information du Syndicat National des Infirmiers Anesthésistes

- 
- Opiacés, psychotropes, traitements au long cours, une addiction ?
 - Intubation par IADE sapeur-pompier
 - Nouveaux actes pour les IBODE



annonces CONGRES

14 mai au 17 mai 2015 - Congrès International Douleur Neuropathique

Nice Acropolis

1, esplanade Kennedy -BP 4083 - 06302 Nice

E-mail : neurophatic@kenes.comSite : www.neupsig.kenes.com**22 mai 2015 - 6^{ème} journée des Biomarqueurs.**

Département d'anesthésie réanimation de la Pitié Salpêtrière

Site : http://www.jepu.net/actualite-6eme_Journee_des_Biomarqueurs-7.html**28 mai 2015 - 18H00 - Congrès des infirmiers anesthésistes de Bretagne**

Rennes - Salle le Ponant à Pacé

Programme et réservation sont sur le site du greia35

Site : www.greia35.fr**29 et 30 mai 2015 - 48^{ème} Congrès d'Anesthésie Réanimation en Obstétrique**

Faculté médecine Montpellier

Site : www.caro-club-univ-lyon1.fr**05 et 06 juin 2015 - 33^{ème} congrès MAPAR**

Centre des Congrès de la Villette - Cité des Sciences et de l'Industrie

30, avenue Corentin Cariou - 75019 Paris

E-mail : secretariat@mapar.orgSite : www.mapar.org**10 au 12 juin 2015 - Urgences 2015 - 9^{ème} Congrès Sté Française de Médecine d'Urgence**

Palais des Congrès de Paris

2, place de la Porte Maillot - 75017 Paris

Site : <http://www.urgences-lecongres.org>**17 au 19 septembre 2015 - SFAR - Congrès national d'Anesthésie et de Réanimation**Site : www.sfar2015.com**11 au 12 mars 2016 - JEPU 2016**

Palais des Congrès - Porte maillot - Paris

Site : www.jepu.net

ÉDITO et sommaire

BULLETIN N° 201 MAI 2015

BONJOUR à TOUS.

Souvenez-vous, en début d'année 2014, nous écrivions une lettre à Mme M. Lebranchu, ministre de la Fonction Publique, avec copie à notre ministre de la Santé (donc ministre des IADE... normalement).

Et comme pour les rares retours de courriers revendicatifs précédents, la réaction a été, permettez-moi l'expression, « je botte en touche » !

La réponse officielle a été : « l'examen de ce dossier entrant dans les attributions de la Ministre des Affaires sociales et de la Santé, votre courrier a été transmis au cabinet de Mme Marisol Touraine, en le priant de l'étudier et de vous tenir directement informé de la suite qui pourra lui être réservée ».

Alors nous aurions pu écrire « voir courrier précédent » dans chaque lettre suivante adressée à M. Touraine.

Lorsque la délégation d'IADE a été reçue par les représentants du ministère de la Santé et du ministère de l'Enseignement Supérieur, le 05 juin 2014, nous les avons quittés, certes avec la garantie du master mais surtout avec la garantie pour eux de se revoir pour que la rémunération de l'infirmier-anesthésiste soit adaptée.

Mais c'est la profession dans son ensemble qui doit être révisée. Et en ce début d'année 2015, nous nous sommes associés à l'UFMICT-CGT pour exiger, une énième fois, la révision de la profession par le communiqué de presse que vous connaissez tous. Mais, au moment où j'écris ces lignes (13 avril 2015), nous nous buttions toujours et encore à un mur d'indifférence.

À croire que pour le ministère, nous n'existons pas.

Je vous annonce que le texte du prochain courrier pour M. Touraine sera : « Veuillez, madame la ministre, relire tous les courriers précédents ».

L'heure est venue pour que la fonction IADE intra et extrahospitalière soit renouvelée.

Tout laisse à croire aujourd'hui que nous allons droit vers une inévitable action de grève IADE.

Quelle que soit l'étiquette politique du ministre, la lutte est notre quotidien.

Jean-Marc Serrat
Président du SNIA

ANNONCES CONGRÈS

2

EDITO

3

QUESTION PROFESSIONNELLE

4

ARTICLES SCIENTIFIQUES

6

DOSSIER ANESTHÉSIE

10

DOSSIER PRÉHOSPITALIER

16

DROIT - ÉTHIQUE

19

TEXTES OFFICIELS

20

RETRAITES

34

LES ANNONCES DE RECRUTEMENT

36

Syndicat National des Infirmiers Anesthésistes

157, rue Legendre - 75017 Paris
Tél. : 01 40 35 31 98 - Fax : 01 40 35 31 95
E-mail : snia75@snia.net

ISSN : 2265 - 920X

Editeur et régie publicitaire :
Macéo éditions – M. Tabtab, Directeur
06, Avenue de Choisy - 75013 Paris
Tél. : 01 53 09 90 05
maceoeditions@gmail.com
<http://reseauprosante.fr/>

Imprimé à 700 exemplaires. Fabrication et impression en UE. Toute reproduction, même partielle, est soumise à l'autorisation de l'éditeur et de la régie publicitaire.

Les annonceurs sont seuls responsables du contenu de leur annonce.

QUESTION PROFESSIONNELLE : UN IADE EST-IL EN DROIT D'INTUBER UN PATIENT PRÉSENTANT UNE URGENCE VITALE (ACR) DANS LE CADRE DE SON ACTIVITÉ D'INFIRMIER DE SAPEUR-POMPIER ?

La réponse correspond à une analyse qui peut être, comme pour tout point de vue, soumise à contradiction et seul le juge, en fonction des éléments qui lui seront présentés, prendra une décision ayant une portée juridique. Cette décision peut être invalidée en appel et peut être ensuite soumise à la juridiction du conseil d'État ou de la cour de cassation.

La question avait été posée dans le cadre d'une procédure judiciaire il y a plusieurs années à Mme Balagny Elisabeth, Directeur des soins et directrice de l'école d'IADE de l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière. Sa réponse a été affirmative et avait été prise en compte par le juge.

QUE DISENT LES TEXTES

Arrêté du 23 juillet 2012 relatif à la formation conduisant au diplôme d'État d'infirmier anesthésiste NOR : AFSH1229694A

Référentiel d'activités annexe I : Le référentiel précise les lieux d'activités des IADE qui ne limitent pas l'activité en anesthésie au bloc opératoire mais aussi en pré-hospitalier et hors bloc.

Référentiel de compétences annexe II : Il précise les compétences qui doivent être acquises par l'IADE.

Sa capacité lui permet d'identifier et de choisir les dispositifs et matériels adaptés en fonction du lieu d'exercice (urgence et pré-hospitalier).

De réaliser les gestes techniques que sa formation lui autorise, d'assurer la ventilation et de mettre en place un dispositif de ventilation sus ou sous-glottique et ajuster les paramètres ventilatoires du respirateur.

Référentiel de formation annexe III : Finalités de la formation

Former un infirmier anesthésiste, c'est-à-dire un infirmier responsable et autonome, particulièrement compétent dans le domaine de soins en anesthésie, ce domaine comprenant les périodes pré, per et post-interventionnelles, et dans celui des soins d'urgences et de réanimation.

De mener des interventions seul et en collaboration avec le médecin anesthésiste-réanimateur dans le domaine de l'anesthésie, de la réanimation, de l'urgence.

Le référentiel de formation est articulé autour de l'acquisition des compétences requises pour l'exercice des différentes activités du métier d'infirmier anesthésiste.

Unité d'enseignement UE 3 (techniques d'anesthésie, réanimation, urgences)

- Intubation, abord trachéaux et dispositifs supra glottique dans le cadre de l'intubation.
- Arrêt circulatoire.

UE 4 Pathologie et grand syndrome

- Connaître les impératifs de prise en charge des patients en réanimation, urgence et pré-hospitalier.
- Prise en charge de l'arrêt cardiaque et respiratoire.
- réalisation d'un bilan fonctionnel et lésionnel d'une victime dans le cadre du pré-hospitalier.

CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE, LIVRE III, AUXILIAIRES MÉDICAUX, TITRE PREMIER : PROFESSION D'INFIRMIER OU D'INFIRMIÈRE, CHAPITRE 1 ET 2 (DÉCRET D'ACTE D'INFIRMIER DU 29 JUILLET 2004)

Article 4311-12 : Il précise le champ de compétence de l'IADE dans le cadre d'une procédure d'anesthésie.

Il indique que les transports mentionnés dans l'article 4311-10 sont réalisés en priorité par l'IADE.

Ce qui indique bien qu'il n'a pas vocation de travailler uniquement dans le domaine de l'anesthésie au bloc opératoire.

Article R. 4311-14 : En l'absence d'un médecin, l'infirmier ou l'infirmière est habilité, après avoir reconnu une situation comme relevant de l'urgence... à mettre en oeuvre des protocoles de soins d'urgence, préalablement écrits, datés et signés par le médecin responsable.

En cas d'urgence et en dehors de la mise en oeuvre du protocole, l'infirmier ou l'infirmière décide des gestes à pratiquer en attendant que puisse intervenir un médecin.

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

Article R. 4312-26 : L'infirmier ou l'infirmière agit en toute circonstance dans l'intérêt du patient.

Article R. 4312-29 : ...Chaque fois qu'il l'estime indispensable, l'infirmier ou l'infirmière demande au médecin prescripteur d'établir un protocole thérapeutique et de soins d'urgence écrit, daté et signé...

CODE PÉNAL

CP Article 121-3 : « Il y a également délit... s'il est établi que l'auteur des faits n'a pas accompli les diligences normales compte tenu, le cas échéant, de la nature de ses missions ou de ses fonctions, de ses compétences... ».

LES ACTIVITÉS DE L'INFIRMIER SAPEUR-POMPIER

Activité de soutien sanitaire : L'ISP est en première ligne dans le cadre du soutien sanitaire, même si le risque d'être confronté devant un SP en ACR est limité, il existe bien. Le renfort médical demandera un délai incompressible.

Activité SAP : Le retour d'expérience sur l'utilisation des DSA par la DSC a démontré de façon significative que l'intervention d'un ISP augmentait la reprise d'une activité cardiaque spontanée et le taux de survie.

De très nombreux départements donnent la possibilité aux IADE d'intuber seulement dans le cas d'ACR. Si cette possibilité n'était pas possible, faisons confiance que SAMU urgence de France aurait avec la SFMU réagi depuis longtemps.

Kit intubation dans chaque VSSO : Il peut permettre de palier une défektivité toujours possible d'un matériel du MAD. Il peut permettre d'apporter un renfort de matériel lors d'un afflux de victime.

Cette possibilité ne peut se voir que dans le cas où l'autorisation est donnée aux IADE d'intuber.

L'IADE à l'obligation de procéder aux mesures conservatoires que sa formation lui autorise, donc de procéder à l'intubation devant un ACR.

GUIDELINES 2010/2015 SUR LA PRISE EN CHARGE DE L'ACR

Ventilation et réanimation de l'ACR

- Accent sur l'importance du contrôle des VAS avec mise en évidence sur la nécessité d'une IOT rapide.
- Afin de maintenir la pression de perfusion coronaire, nécessité de procéder à un MCE en continue (seule l'IOT permet de le faire en toute sécurité).
- Mise en évidence dans plusieurs études que la ventilation réalisée par les secouristes était inefficace voir génératrice de régurgitation réduisant d'autant les chances de survie.

COMMENTAIRES

Réglementairement

Eu égard aux référentiels de la profession d'IADE, l'intubation fait partie des gestes techniques enseignés et réalisables par celui-ci. L'ACR est un cours spécifique dans le cadre de l'anesthésie ainsi que dans le cadre du pré-hospitalier.

Eu égard au code de la santé publique, l'IADE a obligation d'agir dans l'intérêt du patient, d'intervenir dans le cadre d'une urgence en appliquant des protocoles d'urgences ou, en leurs absences, de décider des gestes à pratiquer dans l'attente d'un renfort médical.

De demander aux médecins des protocoles d'urgences chaque fois qu'il l'estime indispensable.

Se pose la question de savoir si l'article 121-3 du code pénal est applicable dans cette situation.

SCÉNARIOS POSSIBLES

1 cas : Pas de protocole d'intubation pour les IADE, pas de matériels possibles dans le véhicule.

L'IADE ne peut que le signaler à sa hiérarchie, en cas de procédure à la demande de la famille, seul le médecin décisionnaire devra répondre de son choix devant la juridiction.

2 cas : Pas de protocole d'intubation mais matériels disponibles dans le véhicule.

Se pose la question pour l'IADE de la situation où il est devant un choix difficile, de ne pas respecter les protocoles qui déterminent ses possibilités techniques et son obligation professionnelle de mettre en place ce qui lui a été enseigné (conduite à tenir devant un ACR, Intubation + guideline).

L'IADE à l'obligation de procéder aux mesures conservatoires que sa formation lui autorise, donc de procéder à l'intubation devant un ACR.

En cas de procédure à la demande la famille, le médecin décisionnaire devra répondre de son choix devant la juridiction tout comme l'IADE qui n'aurait pas réalisé un geste technique de sa compétence qui aurait pu contribuer à la ressuscitation de la victime.

*Bruno HUET
Vice-Président du SNIA
Paris, le 12 mars 2015*

OPIACÉS, PSYCHOTROPES, TRAITEMENTS AU LONG COURS, UNE ADDICTION ?

ALEXANDRE DUFOREAU*, GILLES LEBUFFE*

*Clinique d'anesthésie réanimation, Hôpital Huriez, CHRU de Lille, 1 Rue M. POLONOVSKI, 59037 LILLE CEDEX.

Auteur correspondant : Professeur Gilles LEBUFFE, E. mail : gilles.lebuffe@chru-lille.fr

I. INTRODUCTION

L'addiction est un syndrome neurocomportemental caractérisé par l'utilisation répétée ou compulsive de substances psychotropes malgré leurs effets délétères, psychologiques, physiques et sociaux. Ce comportement n'est pas limité aux substances illicites. Il concerne de nombreux médicaments qui ont le potentiel d'induire une tolérance et une dépendance physique avec le risque de survenue d'un syndrome de sevrage en cas d'interruption brutale du traitement.

Au cours des vingt dernières années, une enquête américaine a montré que le nombre de patients âgés de plus de 12 ans devenus dépendants aux opiacées est équivalent à celui des consommateurs de marijuana (1). Certaines populations sont plus exposées aux risques d'addiction, en particulier les patients douloureux chroniques. La majorité est traitée par opiacées mais nécessite très souvent le recours aux sédatifs, à des anxiolytiques et des antidépresseurs. Un lien étroit existe entre addiction et comorbidité psychiatrique. Aussi, 17 à 60 % des patients consommateurs au long cours d'agents médicamenteux présentent également un syndrome anxiodépressif (2).

Dans ce contexte, cette revue vise d'une part à définir les phénomènes de tolérance, de dépendance et d'hypersensibilité et d'autre part à préciser les principales caractéristiques de la prise en charge anesthésique au bloc opératoire et en salle de soins post-interventionnelle (SSPI) des patients traités au long cours par opiacées et agents psychotropes.

II. DÉFINITIONS

La tolérance est un état d'adaptation pour lequel l'exposition à un agent médicamenteux ou non conduit à la réduction de ses effets au cours du temps. La conséquence est la nécessité d'augmenter les doses pour obtenir le même effet.

La dépendance physique est un état d'adaptation qui se manifeste par la survenue d'un syndrome de sevrage en cas d'interruption brutale de l'agent, d'une réduction rapide des posologies et de la concentration plasmatique de la molécule et/ou de l'administration d'un antagoniste.

L'addiction est une pathologie chronique neurobiologique, associée à des facteurs génétiques, psychosociaux et environnementaux qui participent à son émergence et à ses manifestations. L'addiction est caractérisée par un ou plusieurs des comportements suivants : déviance d'utilisation des agents, usage compulsif, persistance de l'utilisation de l'agent malgré la présence d'effets délétères.

L'hyperalgésie induite par les opiacées (HIO) survient en cas d'administration de doses importantes d'opioïdes ou lors de leur administration prolongée. L'hyperalgésie ou hypersensibilité à la douleur est caractérisée par une augmentation dramatique de la sensibilité aux stimuli nociceptifs. Elle est liée principalement à une sensibilisation spinale via le glutamate et la substance P (3). Parfois une *allodynie*, douleur déclenchée par une stimulation non douloureuse, peut être présente. L'implication des récepteurs N-Méthyl-D-Aspartate (NMDA) dans ces phénomènes de sensibilisation a amené à utiliser des antagonistes des récepteurs NMDA pour réduire l'HIO (3).

III. IMPLICATION ANESTHÉSIQUE AU BLOC OPÉRATOIRE ET EN SSPI CHEZ LES PATIENTS TRAITÉS AU LONG COURS PAR DES OPIOÏDES

III.1. Période préopératoire

Chez les patients consommateurs d'opioïdes au long cours, les causes de cette administration chronique doivent être identifiées notamment les patients douloureux chroniques, les états psychologiques fréquemment associés comme la dépression, l'anxiété, les troubles de la personnalité. Leur prise en charge repose sur la nécessité de ne pas sevrer délibérément ces agents lors d'une période à risque d'épisodes douloureux aigu, médical ou chirurgical et de ne pas induire ou aggraver une HIO péri-opératoire. Avant toute anesthésie, la consommation quotidienne en opioïdes doit être évaluée afin d'envisager un relais par une dose parentérale équivalente (Tab. I). En présence d'un dispositif transcutané de Fentanyl, il doit être poursuivi en péri-opératoire pour assurer l'analgésie de base. Toutefois, une substitution par une dose équivalente de morphine est à envisager pour les chirurgies à risque hémorragique et/ou de perte hydroélectrolytique mais aussi en cas de variation de la température cutanée en fin d'intervention (4).

La dose habituelle d'opioïdes ou son équivalent doit être donnée le matin de la chirurgie ou à l'induction. Les agonistes partiels (Buprenorphine) et agonistes antagonistes (Nalbuphine) sont contre-indiqués exposant le patient à un sevrage brutal ou à une HIO.

L'administration d'agents non opiacés par voie orale comme le paracétamol et les anti-inflammatoires non stéroïdiens une à deux heures avant la chirurgie peut s'avérer intéressante. Récemment, des thérapeutiques limitant la sensibilisation postopératoire à la douleur ont montré également leur intérêt. Ainsi la Gabapentine à la dose de 1200mg s'est révélée être un adjuvant limitant la consommation péri-opératoire en opiacés (5). Son intérêt chez les consommateurs d'opiacés reste cependant à démontrer.

Tableau 1

Tableau de conversion d'un traitement opiacé utilisant 10mg de morphine intraveineux comme standard de comparaison.

Médicament	Voie orale (mg)	Intraveineux (mg)	½ vie (h)	Durée d'action (h)
Morphine	30	10	2 - 3	2 - 4
Oxycodone	20	-	2 - 3	3 - 4
Hydromorphine	7,5	1,5	2 - 3	2 - 4
Méthadone	20	10	36 - 120	4 - 12
Codéïne	200	100	2 - 3	2 - 4
Patch Fentanyl	100µg/h	4mg/h	16 - 24	48 - 72

III.2. Période peropératoire

La prise au long cours d'opiacés conduit à une tolérance croisée avec les médicaments ayant une action dépresseur du système nerveux central comme les agents anesthésiques. La surveillance de la profondeur d'anesthésie par l'index bispectral ou l'entropie frontale permet d'ajuster au mieux l'administration des hypnotiques. Ce monitoring offre également l'opportunité de limiter les administrations non justifiées d'opioïdes en cas de profondeur d'anesthésie insuffisante.

Le choix de l'opioïde est laissé à la discrétion de l'équipe d'anesthésie qui doit s'attacher à éviter les sous ou surdosages reconnus pour accroître la morbidité péri-opératoire. Toutefois, les besoins en opiacés des patients consommateurs en préopératoire sont régulièrement augmentés de 30 à 100 % par rapport à une population non consommatrice (6).

Il est également recommandé d'associer des solutions thérapeutiques adjuvantes afin de réduire la quantité d'opioïdes utilisées en péri-opératoire mais aussi de limiter l'HIO et de prévenir la tolérance et le syndrome de sevrage postopératoire.

La kétamine, antagoniste des récepteurs NDMA, en bolus de 0,15 à 0,5mg/kg associé ou non à une administration continue de 0,125 à 0,5mg/kg/h, a une action antalgique directe prouvée, prévient la sensibilisation des voies nociceptives du système nerveux central, bloque ou réduit la tolérance et l'HIO. Le choix de la posologie est dépendant du niveau d'intensité de douleur attendue par la procédure chirurgicale (7).

Les agonistes alpha2-adrénergiques comme la clonidine et la dexmédétomidine apportent également un bénéfice en limitant les symptômes du sevrage et en réduisant la zone d'hyperalgésie secondaire. Ils diminuent également la consommation péri-opératoire en morphiniques. La clonidine est volontiers administrée avant l'incision en intraveineux à la dose de 0,3µg/kg poursuivie ou non par une administration continue à la dose de 0,3µg/kg/h. Elle peut être injectée aussi par voie rachidienne ou péridurale à la posologie de 1µg/ml en association avec l'anesthésique local. Chez les patients gros consommateurs d'opioïdes, des doses de 2 à 4µg/kg par voie intraveineuse permettent de réduire en 10 minutes l'intensité de la douleur et les effets dysautonomiques du sevrage. Ses principaux effets indésirables sont la sédation et l'hypotension artérielle notamment lors de l'administration intrathécale.

Enfin, ces patients consommateurs chroniques d'opioïdes sont plus à risque d'inhalation pulmonaire en lien avec un retard de la vidange gastrique. Dès lors, la prise en charge anesthésique doit être adaptée en conséquence.

III.3. Période postopératoire

Les patients consommateurs d'opioïdes au long cours présentent volontiers des niveaux importants de douleurs post-opératoires et une diminution de la tolérance à celle-ci. Par ailleurs, cette douleur est souvent sous-estimée et sous-traitée, favorisant alors la survenue d'un syndrome de sevrage et de ses conséquences sur l'allongement de la durée du séjour hospitalier.

Les grands principes de la prise en charge de la douleur chez ces patients reposent sur l'analgésie multimodale : analgésie locale ou locorégionale, anti-inflammatoires non stéroïdiens et les opiacés de courte durée d'action. En l'absence d'analgésie locorégionale, il est nécessaire pour gérer la douleur induite par la lésion chirurgicale de maintenir la dose consommée en préopératoire accompagnée de bolus additionnels (généralement 20 à 50 % d'augmentation par rapport aux concentrations initiales).

En postopératoire immédiat, les patients avec une fréquence respiratoire supérieure à 20 cycles par minute et une dilatation pupillaire marquée nécessitent rapidement une titration en morphine ou équivalent afin de ramener la respiration spontanée à une fréquence entre 12 et 14 cycles par minute (8).

Au mieux, un relais par une analgésie contrôlée par le patient (ACP) est mise en place. L'équivalent de la dose journalière de l'opiacé est alors administré de manière continue avec la possibilité pour le patient de disposer de bolus de 1 à 2mg de morphine toutes les 6 à 10 minutes. Si le ratio du nombre de demandes sur le nombre de doses reçues est supérieur à 3, une augmentation de 20 % de la dose du débit continu doit alors être réalisée. Si le contrôle analgésique reste insuffisant, l'augmentation du bolus et/ou la réduction de la période réfractaire est alors considérée.

Cette prise en charge doit être accompagnée des adjuvants déjà cités ci-dessus, notamment les anti-inflammatoires non stéroïdiens et la clonidine particulièrement intéressante en présence de signe de sevrage en opioïdes (Tab II). Elle est synergique de l'ensemble des opiacés sans favoriser la survenue d'effets secondaires comme les nausées, les vomissements et la dépression respiratoire. Elle est administrée aux mêmes doses que celles données précédemment.

Tableau 2
Signes cliniques de sevrage

▶ Tachycardie de repos
▪ Sudation abondante non expliquée par la température ambiante ou une activité physique
▪ Agitation
▪ Mydriase
▪ Douleurs articulaires
▪ Rhinorrhée ou larmoiements
▪ Nausée, vomissements, diarrhée
▪ Tremblements
▪ Bâillements
▪ Anxiété
▪ Hérissément des poils

IV. IMPLICATION ANESTHÉSIQUE AU BLOC OPÉRATOIRE ET EN SSPI CHEZ LES PATIENTS SOUS PSYCHOTROPES

Trois principales classes de psychotropes sont utilisées dont les anxiolytiques et hypnotiques, les antidépresseurs et les antipsychotiques. Les drogues illicites font aussi parties des psychotropes mais ne seront pas abordées dans cette revue.

Après le Portugal, la France est le deuxième pays européen consommateur d'anxiolytiques et d'hypnotiques alors que nous sommes le plus gros consommateur d'antidépresseurs au monde. Quant aux antipsychotiques, ils concernent des patients psychiatriques avec des troubles majeurs de la personnalité comme la schizophrénie.

IV.1. Anxiolytiques et hypnotiques

Il existe deux classes d'anxiolytique et d'hypnotique selon qu'ils soient ou non des benzodiazépines. Ces dernières sont les molécules qui ont le plus d'interférence en péri-opératoire. Il est d'ailleurs recommandé de maintenir le traitement au cours de cette période afin de prévenir un syndrome de sevrage, qui peut être à l'origine de crise convulsive.

En peropératoire, chez les patients prenant des benzodiazépines, des doses plus élevées d'hypnotiques sont fréquemment nécessaires. Le monitoring de la profondeur d'anesthésie s'avère utile chez ces patients. Ce contrôle plus objectif de la profondeur d'anesthésie sera d'une aide précieuse pour optimiser l'administration des opiacés.

En SSPI, la potentialisation par les benzodiazépines des effets des hypnotiques, en association avec les morphiniques peut majorer le risque de dépression respiratoire. Le monitoring de la fréquence respiratoire est donc indispensable, et les morphiniques doivent faire l'objet d'une titration prudente.

IV.2. Antidépresseurs

Cinq classes d'antidépresseurs sont distinguées : les inhibiteurs de la recapture présynaptique des monoamines de type imipraminique, tricyclique ou non ; les inhibiteurs de la dégradation des monoamines oxydases (IMAO), et inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS) ; les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline (IRSN) et les non IMAO, non imipraminique, non ISRS dits de mécanisme pharmacologique différent.

Quelle que soit la famille, l'arrêt brutal expose au risque de récurrence de dépression et à la survenue d'un syndrome de sevrage dans les 4 à 8 jours après l'arrêt du traitement. Il est donc recommandé de maintenir les antidépresseurs jusqu'au matin de l'intervention et de les reprendre précocement (9).

Les imipraminiques en association avec des médicaments à action anticholinergique (atropine, néfopam, antiémétiques neuroleptiques, antihistaminique H1) peuvent favoriser la survenue d'un syndrome anticholinergique. La symptomatologie comprend confusion, agitation, sécheresse buccale, érythème et/ou sécheresse cutanée, mydriase, rétention d'urine et constipation. Les médicaments potentiellement incriminés doivent être évités en péri-opératoire. Des troubles cardiovasculaires ont été également décrits au cours d'intoxications, notamment la potentialisation des effets arythmogènes des catécholamines. En présence de modifications hémodynamiques chez un patient sous imipraminique, un remplissage doit être réalisé en première intention avant d'associer à dose titrée de l'éphédrine ou de la noradrénaline en cas d'échec.

L'action des IMAO peut être irréversible avec l'iproniazide ou réversible en inhibant la monoamine oxydase de type A (moclobémide). Elle s'accompagne d'une élévation de la noradrénaline et de la sérotonine en inhibant la dégradation de ces neurotransmetteurs. La principale recommandation est de limiter au maximum la stimulation sympathique. Les amines sympathomimétiques peuvent déclencher des crises hypertensives d'où la nécessité d'une titration prudente en commençant au tiers de la dose habituelle en cas de nécessité.

Les ISRS sont les agents de choix pour traiter les syndromes dépressifs modérés. En inhibant la recapture de la sérotonine, le principal risque est la survenue d'un syndrome sérotoninergique. Il est lié à l'augmentation de la sérotonine cérébrale et médullaire par interactions médicamenteuses. Péthidine, fentanyl et tramadol sont évités chez ces patients. Les autres morphiniques sont utilisables. Le syndrome sérotoninergique est caractérisé par une agitation ou confusion, une hypersialorrhée, des sueurs profuses, des bruits intestinaux importants, une hyperréflexie, un clonus spontané ou provoqué et une augmentation du tonus musculaire avec rigidité.

IV.3. Antipsychotiques

Les agents antipsychotiques comprennent les neuroleptiques (chlorpromazine, halopéridol, trifluopérazine) et les agents atypiques (clozapine, olanzapine, rispéridone, amisulpiride, quetiapine, aripiprazole).

Chez les patients sous antipsychotiques, le risque d'hypotension et de tachycardie est accru lors de l'anesthésie générale. Le blocage des voies dopaminergiques par les antipsychotiques altère les centres de thermorégulation nécessitant un monitoring de la température et l'installation des dispositifs de réchauffement du patient (10).

En postopératoire, le tramadol est déconseillé en présence d'antipsychotique car il favorise la survenue d'hallucinations, de confusion, de cauchemars et de troubles du sommeil. Le seuil épileptogène est également abaissé.

V. CONCLUSION

Les patients consommateurs de médicaments interférant avec le système nerveux central, qu'il soient opiacées ou non, nécessitent une prise en charge péri-opératoire personnalisée. L'équipe d'anesthésie par la connaissance des principales propriétés pharmacologiques de ces agents pourra mettre en œuvre une stratégie thérapeutique visant à assurer une analgésie de qualité, à minimiser l'hyperalgésie induite par les opiacées et à éviter la survenue d'un syndrome de manque.

VI. REFERENCES

- 1) Gilson AM, Kreis PG. The burden of the non medical of prescription opioid analgesics. *Pain Med.* 2009; 10: S89-100.
- 2) Saban A, Flisher AJ. The association between psychopathology and substance use in young people: review of the literature. *J Psychoactive Drugs.* 2010; 42: 37-47.
- 3) Angst MS, Clark JD. Opioid-induced hyperalgesia: a qualitative systemic review. *Anesthesiology.* 2006; 104: 570-87.
- 4) Richebé P, Beaulieu P. Perioperative Pain Management in the patient treated with opioids: Continuing Professional Development. *Can J Anesth.* 2009; 56: 969-81.
- 5) Brogly N, Wattier JM, Andrieu G, Peres D, Robin E, Kipnis E, Arnalsteen L, Thielemans B, Carnaille B, Pattou F, Vallet B, Lebuffe G. *Anesth Analg.* 2008; 107: 1720-5.
- 6) Rapp SE, Ready LB, Nessly ML. Acute pain management in patients with prior opioid consumption: a case controlled retrospective review. *Pain.* 1995; 61: 195-201.
- 7) Hamza H. Non-narcotic anesthetic options for the patient in recovery from substance abuse. *In* Bryson . Frost, ed. *Perioperative Addiction.* Springer, 2012: 263-82.
- 8) Mitra S, Sinatra RS. Perioperative management of acute pain in the opioid-dependent patient. *Anesthesiology.* 2004; 101: 212-27.
- 9) Rozec B, Cinotti R, Blanloel Y. Complications liées à l'utilisation périopératoire des médicaments antidépresseurs. *Ann Fr Anesth Reanim.* 2011 ; 30 : 828-40.
- 10) Pal Attri J, Bala N, Chatrath V. Psychiatric patient and anaesthesia. *Indian J Anaesth.* 2012 ; 56 : 8-13.

Texte de la conférence présentée par les auteurs lors de la XXXV^e Réunion de perfectionnement des infirmières et infirmiers anesthésistes et publié par les Editions ARNETTE en mars 2013. Nous remercions les responsables des éditions ARNETTE et les organisateurs des JEPU pour leur aimable autorisation de publication dans notre revue.

L'HYPER-OXYGÉNATION PEROPÉRATOIRE POUR RÉDUIRE LE RISQUE DE SEPSIS DANS LA CHIRURGIE RECTALE

La chirurgie colorectale est au mieux « propre contaminée » (classe II d'Altemeier) avec donc un risque septique important, celui-ci étant encore majoré avec l'âge (or il s'agit souvent de patients âgés) et en cas d'obésité, de stomies, de transfusions, de corticothérapie, d'antécédents d'irradiation et d'un score ASA (*American Society of Anaesthesiology*) ≥ 3 . Malgré des mesures préventives (antibiotiques, tonte plutôt que rasage, hypothermie, etc.), le risque d'abcès pariétal après chirurgie du cancer du rectum (CKR) reste proche de 20 % ! Les auteurs italiens ont cherché à déterminer l'influence possible d'une hyper-oxygénation sur ce risque par une étude randomisée prospective en chirurgie ouverte (laparotomie médiane).

Ils ont étudié 81 opérés de KR (45 hommes) entre 2008 et 2013 (en excluant les urgences vitales, les malades infectés, diabétiques, immunodéprimés, avec une perte de poids récente). Pendant leur hospitalisation, on ne leur a prescrit ni antispasmodiques, ni corticoïdes, ni anti-inflammatoires per os.

Il n'y a pas eu de préparation mécanique mais une antibioprofylaxie préopératoire. Tous les malades ont été intubés et ventilés avec un mélange de 2/3 N₂O et 1/3 O₂. Ensuite, en fonction d'un tirage au sort, la moitié des sujets a reçu une fraction d'O₂ inspiré (FiO₂) de 30 % (G1) ou 80 % (G2) (sachant qu'elle est de 20 % dans l'air ambiant). La technique chirurgicale a été la même (anastomose colorectale mécanique ou colo-anaie manuelle). On a vérifié en per et postopératoire la PaO₂ (pression partielle d'oxygène dans le sang artériel) ; la FiO₂ a été poussée à 100 % lors de l'extubation, puis les opérés ont reçu de l'O₂ au masque (16 l/mn) pendant 6 h, avant de respirer l'air ambiant, un complément en O₂ étant cependant assuré

pour maintenir la SaO₂ (saturation de l'hémoglobine en O₂) à 92 %. La plaie a été examinée tous les jours à la recherche de signes d'infection (érythème, douleur, induration jusqu'à écoulement purulent prélevé alors pour identification bactériologique) ou de désunion des plans superficiels ou profonds pendant les deux 1^{ères} semaines.

Il y a eu 41 patients dans le G1 et 40 dans le G2, comparables en termes d'âge, d'indice de masse corporelle, de facteurs de risque. Les 9 anastomoses colo-anales mais aussi 11 anastomoses colorectales ont été protégées (iléostomie).

On a constaté 17 infections postopératoires (21 %), dont 11 (27 %) dans le G1 et 6 (15 %) dans le G2 ($p < 0,05$), et celles du G1 étaient plus graves. Il n'y a pas eu d'éviscération, les malades infectés sont restés plus longtemps. En analyse multivariée, le taux d'O₂ inspiré est une variable indépendante réduisant de 52 % le risque de sepsis, par ailleurs majoré chez les insuffisants respiratoires. Le risque de lâchage anastomotique a aussi été trouvé augmenté (29 % dans le G1 et 10 % dans le G2), quel que soit le type d'anastomose. Les 2 décès par fistule se sont produits dans le G1, où se trouvaient aussi les deux patients qui ont dû subir une stomie dans les 10 jours suivant l'intervention.

Dr Jean-Fred Warlin

Publié dans JIM le 13/01/2015

Références

Schieltroma M et coll. : High-concentration supplemental perioperative oxygen and surgical site infection following elective colorectal surgery for rectal cancer: a prospective, randomized, double-blind, controlled, single-site trial. *Am J Surg.* 2014; 208:719-26. doi: 10.1016/j.amjsurg.2014.04.002.

HYPNOSE ET AUTRES TECHNIQUES DE SUGGESTION EN CHIRURGIE, SOYONS VIGILANTS...

Historiquement, l'utilisation des techniques à base de suggestion a été employée avant le développement de l'anesthésie générale. Actuellement en médecine « moderne », l'hypnose reste l'intervention psychologique la plus reconnue. Il a ainsi été démontré qu'elle est capable de réduire la douleur postopératoire. La caractéristique distinctive de l'hypnose est qu'elle comprend l'induction d'un état de conscience particulier, entre veille et sommeil. Ainsi, le sujet devient très susceptible aux suggestions et il vit un autre rapport à lui-même, à son corps et à son environnement. Certains auteurs se sont posé la question de la nécessité d'une hypnose préalable : les patients dans le contexte d'attente d'une opération invasive par exemple, peuvent être spontanément réceptifs aux suggestions thérapeutiques.

Une équipe a ainsi réalisé une méta-analyse afin d'évaluer notamment si les interventions suggestives sans induction hypnotique étaient d'une efficacité comparable aux interventions sous hypnose et éventuellement également efficaces selon le type de chirurgie.

Un total de 26 études répondant aux critères d'inclusion prédéfinis (soit 1 890 patients) a été analysé. Du fait de la plus grande sensibilité des enfants à l'hypnose et aux techniques de suggestion, les études menées sur les populations de pédiatrie (patients de moins de 17 ans) ont été exclues. Les critères principaux de jugement comprenaient l'anxiété postopératoire, l'intensité de la douleur et les besoins en médicaments contre la douleur et les nausées.

Les différentes interventions suggestives ont réduit l'anxiété postopératoire ($p < 0,001$) et l'intensité de la douleur ($p=0,010$). Mais globalement, ces techniques n'ont pas affecté significativement la consommation postopératoire de médicaments analgésiques ($p = 0,202$) et anti-nauséux ($p = 0,026$). Aucune différence significative n'a été trouvée selon le type d'intervention de suggestion ou la méthode utilisée ou encore pour le type de chirurgie. Toutefois, les analyses de sensibilité suggèrent que ces interventions de suggestion sont efficaces pour diminuer l'intensité de la douleur au cours des interventions chirurgicales mineures ($p = 0,009$).

En conclusion, les auteurs relèvent la difficulté d'évaluer précisément ces techniques, les méthodes étant souvent intriquées dans les travaux étudiés. Le niveau de preuve est dès lors assez faible mais il est possible que les techniques suggestives sans induction hypnotique deviennent des outils à promouvoir, et probablement de préférence pour les actes de chirurgie mineure.

Dr Béatrice Jourdain

Publié dans JIM le 22/01/2015

Référence:

Kekecs Z et coll. : *The Effectiveness of Suggestive Techniques in Reducing Postoperative Side Effects: A Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. Anesth Analg., 2014;119:1407-19.*

DOULEURS NEUROPATHIQUES : LE POINT SUR LES TRAITEMENTS PHARMACOLOGIQUES EN 2015

Une méta-analyse forte de 229 essais cliniques randomisés publiés depuis 1966, a servi de base à une révision des recommandations du « *Special Interest Group on Neuropathic Pain* » de l'IASP pour le traitement pharmacologique des douleurs neuropathiques. Le critère principal est le nombre de patients à traiter pour obtenir un soulagement de 50 % de la douleur. Certaines molécules confortent leur bénéfice, d'autres sont reléguées...

La prise en charge de la douleur neuropathique s'est étoffée en quelques années avec plus de médicaments, plus d'essais cliniques et d'autres critères de validation que par le passé. Pour les spécialistes de la question, il était grand temps de réviser les recommandations 2007 publiées par le *Special Interest Group on Neuropathic Pain* de l'*International Association for the Study of Pain*.

Une méta-analyse de 229 études

Le groupe de travail a procédé à une revue systématique de 229 études cliniques publiées depuis 1966 auxquelles s'ajoutent des données non publiées reprises de *Clinical Trials.gov* et de sites web de laboratoires pharmaceutiques. Le critère principal est le nombre de patients à traiter (NNT) pour obtenir un soulagement de 50 % de la douleur.

Les études publiées dans les journaux avec un comité de lecture font état d'effets plus importants que les études non publiées (r^2 9,3 %, $p=0,009$). On obtient un NNT combiné de 6,4 (IC 95 % 5,2-8,4) pour la classe des inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline dont la duloxétine (9 études sur 14), 7,7 pour la prégabaline (IC 95 % 6,5-9,4), 7,2 pour la gabapentine (IC 95 % 5,9-9,2) et 10,6 pour la capsïcaine en patch haute dose (IC 95 % 7,4-19,0). Le NNT est plus bas pour les antidépresseurs tricycliques (3,6), les opioïdes forts (4,3) et le tramadol (4,7). En se basant sur le critère GRADE (*Grading of Recommendations Assessment,*

Development, and Evaluation), le niveau d'évidence est moyen à élevé pour tous les traitements hormis le patch à la lidocaïne dont le NNT n'a pu être déterminé. La tolérance est meilleure pour les traitements topiques. Les anti-dépresseurs tricycliques et le tramadol sont les moins coûteux.

Trois lignes de traitement

En combinant le score GRADE, la tolérance, la sécurité d'emploi et le coût, la méta-analyse amène à parler de « forte recommandation » et de traitement de première ligne pour la prégabaline et la gabapentine, les anti-dépresseurs tricycliques et la duloxétine. Par contre, le tramadol, la capsïcaine haute dose en patch et la lidocaïne héritent d'une « faible recommandation » et passent en deuxième ligne. Les opioïdes forts et la toxine botulique en SC sont aussi classés en « faible recommandation » et relégués en troisième ligne. Les traitements topiques ne sont recommandés que pour les douleurs neuropathiques périphériques. Pour les auteurs, il était tout à fait justifié de revoir les recommandations pour la prise en charge des douleurs neuropathiques. Ils attirent aussi l'attention sur la nécessité de poursuivre la recherche de nouveaux médicaments en raison du nombre important de patients qui ne sont pas soulagés avec les traitements actuels.

Copyright mediquality

Dr Claude Biéva

Publié dans JIM le 04/02/2015

Références

Finnerup NB et coll. : *Pharmacotherapy for neuropathic pain in adults: a systematic review and meta-analysis. Lancet Neurol., 2015 ; publication avancée en ligne le 6 janvier. pii: S1474-4422(14)70251-0. [Epub ahead of print]*
DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S1474-4422\(14\)70251-0](http://dx.doi.org/10.1016/S1474-4422(14)70251-0).

LE MEILLEUR SYSTÈME DE TRANSFUSION DU MONDE !

Paris, le samedi 7 février 2015 – Depuis plusieurs mois dans les antennes locales de l’Etablissement français du sang et chez les acteurs concernés et plus récemment dans la sphère publique, la possibilité d’un changement de paradigme dans les principes qui régissent le don et la collecte des produits sanguins en France affole. En cause une directive européenne datant de 2001 qui ouvre la possibilité pour des sociétés privées de commercialiser des plasmas thérapeutiques, dès lors qu’entre dans la production un « *processus industriel* ». Longtemps, notre pays a essayé de résister aux conséquences de cette règle européenne, refusant par exemple systématiquement à la société Octapharma la possibilité de commercialiser un plasma SD (un plasma traité par solvant-détergent). Cependant, l’entreprise est finalement parvenue à obtenir gain de cause auprès de la justice européenne, dont la décision a dû être entérinée l’été dernier par le Conseil d’Etat.

Constatant qu’ils ne pouvaient plus faire fi des réglementations européennes, les pouvoirs publics ont introduit dans le Projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) pour 2015 un article confirmant qu’à partir du 31 janvier 2015 le plasma thérapeutique SD sera considéré comme un médicament, ce qui offre la possibilité aux entreprises privées d’entrer sur ce marché. Cependant, des modifications ont été introduites lors de la dernière étape de discussion du texte « visant à s’assurer que le plasma sera prélevé dans des conditions éthiques » comme l’avait expliqué le député socialiste Olivier Véran. « *Le parlement a voté en 2013 une exonération de contribution fiscale pour les laboratoires respectant les principes [éthiques]. Un label apposé sur les produits sanguins éthiques a également été voté à l’unanimité. Seul l’acteur public EFS doit être habilité à collecter du sang en France, sans jamais déroger aux règles qui ont fait de la France un pionnier en matière d’éthique* » insiste encore cette semaine l’ élu sur son blog.

Des médicaments dérivés du sang fabriqués avec des dons rémunérés circulent déjà largement en France

Concrètement, les nouvelles règles n’auront de fait aucune incidence sur les modalités de collecte des produits sanguins en France. Concernant le plasma SD importé d’autres pays, il est difficile d’assurer totalement qu’en dépit des garde-fous souhaités par les députés, les conditions de collecte répondront toujours parfaitement aux principes de gratuité et d’anonymat qui prévalent en France. C’est ainsi, comme le relevait un rapport d’Olivier Véran, qu’aujourd’hui, 40 % des médicaments dérivés du sang achetés par les hôpitaux français sont composés de sang provenant de donateurs rémunérés de pays étrangers.

Refuser la marchandisation du corps humain

De telles données, de telles évolutions doivent-elles inquiéter pour la sécurité des malades ? D’une manière générale, même si répétons-le, la gratuité du don du sang en France n’est pas remise en cause, une telle idée doit-elle forcément révolter sur le plan moral ? Pour certains, la réponse ne fait aucun doute.

Sur son blog, le cardiologue et chroniqueur au journal Marianne, Elie Arié, s’insurge. Le praticien rappelle tout d’abord, comme beaucoup que « *la collecte de sang gratuit revient plus cher que celle du sang payant : il faut régulièrement motiver des donateurs par de coûteuses campagnes de communication, mobiliser des camions et du personnel de collecte en différents endroits où ils n’accueilleront parfois qu’un seul donneur par heure, etc. ;*

alors que, pour le don de sang rémunéré, il suffit de les convoquer : « Si vous voulez toucher 50 €, présentez-vous pour donner votre sang tel jour, à telle heure, à tel endroit » résume-t-il. Pourtant, cette constatation économique ne doit pas à ses yeux faire renoncer à l’indispensable. « *Mais ce coût n’est peut-être pas trop élevé si c’est le prix à payer pour maintenir un système de valeurs qui a ses mérites, celui de la non-commercialisation du vivant, principe attaqué aujourd’hui de toutes parts (...)* Toute société est fondée sur des valeurs, et si je n’aime pas le terme de « sacrées », à la connotation trop religieuse, il faut être conscient des lignes jaunes dont le franchissement nous fait basculer dans un autre système » plaide-t-il. De façon plus détaillée, il redoute que la rémunération des dons fasse des plus déshérités les seuls participants aux collectes et qu’elle entraîne plus largement des dérives majeures concernant la marchandisation du corps humain. Il note enfin, que la rémunération a des conséquences directes sur l’augmentation des risques infectieux, les donateurs payés ayant probablement plus souvent la tentation de dissimuler des informations sur leur état de santé contre-indiquant le don du sang.

Le spectre du sang contaminé

Cette position sans nuance connaît des contradictions plus balancées. Nul en France ne va jusqu’à faire l’apologie de la rémunération. Mais certains invitent à se montrer plus réservés quant à l’apparente supériorité de la gratuité, quant à la nécessité de défendre coûte que coûte l’immuabilité de « certains principes ».

Précisant qu’il a l’intention de revenir plus largement sur le sujet, le médecin et journaliste Jean-Daniel Flaysakier s’est ainsi exprimé sur son blog. « *L’image, voire le mythe du sang donné bénévolement et absent de tout risque donc a conduit au drame du sang contaminé en France dans les années 80. Il y eut les hémophiles bien sûr, comme dans beaucoup de pays occidentaux, mais il y eut aussi une ‘spécificité’ française avec des milliers de personnes contaminées après des transfusions de globules rouges. Le résultat, notamment, des collectes dans les prisons où séjournèrent de nombreux prévenus toxicomanes porteurs du virus VIH, à une époque où les tests de dépistage étaient inexistantes ou balbutiants. Penser donc que la gratuité est un rempart contre l’insécurité est une idée dont on a pu, hélas, vérifier les limites* », conclue le spécialiste des questions de santé de France 2. A cet égard, il est étonnant de constater que l’interprétation des événements ayant favorisé le scandale du sang contaminé n’est pas tout à fait la même chez Jean-Daniel Flaysakier et Elie Arié. Tandis que le premier paraît juger que c’est la gratuité qui a incité les responsables publics à organiser des collectes tous azimuts et jusque dans les prisons, Elie Arié estime que c’est plutôt l’attrait pour la facilité et la possibilité de disposer facilement de stocks importants qui a primé. « *Ceci explique, au passage, le scandale du sang contaminé en France, où on a continué à faire des prélèvements de sang dans des collectivités telles que les prisons, où un déplacement unique d’un seul camion pouvait recueillir des dizaines de dons bénévoles – passant outre à une circulaire du Directeur Général de la Santé de l’époque, le professeur Roux, qui avait interdit les collectes en prison où la proportion de donateurs séropositifs parce que toxicomanes est toujours beaucoup plus élevée que dans la moyenne de la population* » relève-t-il.

Garantie éthique contre qualité pharmaceutique

Au-delà de cette divergence, ce qui paraît se jouer dans ces lignes est une vision différente des règles imposées par l'Europe et d'une manière générale une propension ou non à défendre coûte que coûte le modèle Français. Sur ce point, Yves Charpak, chercheur en santé publique, qui fut directeur de la prospective au sein de l'EFS de 2010 à 2014, propose sur ses deux blogs des réflexions approfondies et loin des prises de position tranchées de certains. Ainsi, dans un post datant d'octobre dernier, alors que commençait à bruiser la contestation dans les rangs de l'EFS, il écrivait : « *Assommés par la crise du sang contaminé dans les années 90, nous Français considérons souvent que nous sommes devenus les plus vertueux, les plus attentifs à la sécurité, à la qualité des produits... et à leur "bonne utilisation"* » remarquait-il en introduction, avant de se lancer dans une analyse comparée du recours aux produits sanguins, pas nécessairement à l'avantage de la France et montrant les influences du « choc émotionnel du sang contaminé » sur les pratiques des praticiens « *au-delà de la science et des pratiques médicales* ». Deux mois plus tard, il revenait sur le sujet en incitant une nouvelle fois à ne pas se draper trop facilement dans le mépris vis-à-vis des pratiques des autres pays.

« *La vérité est bien sûr comme toujours entre deux, entre un modèle de don qui ne serait que Français et qu'on dit « éthique » et celui des grandes multinationales des produits sanguins qui « rémunèrent » les donneurs (eux disent « indemnisation »). Pour mémoire, la grande majorité des pays européens ont exactement les mêmes valeurs que nous autour du don de sang, mais comme ils ne l'appellent pas comme nous, en France nous pensons être les seuls à défendre un modèle « pur » contre le reste du monde : ailleurs, ça s'appelle le don volontaire et non rémunéré, ou VNRBD (Voluntary Non Remunerated Blood Donation). Le problème est que pour le plasma (...), le plasma qui est directement destiné à des transfusions, il y a aujourd'hui ambiguïté de statut, car la production de plus en plus industrielle en fait juridiquement un médicament. Et c'est bien un médicament enregistré au niveau européen que propose la multinationale en cause, Octapharma, qui a raison du point de vue réglementaire, alors que chez nous, fabriqué par l'EFS, c'est un produit sanguin qui ne répond pas aux mêmes normes de fabrication. Alors, certes nos dons sont garantis « éthiques » ce qui n'est pas le cas de ceux d'Octapharma, mais eux garantissent des procédés de fabrication de « qualité pharmaceutique », que ne peut garantir l'EFS, ce qui a contribué à la fermeture de son usine de Bordeaux. (...) Alors oui je soutiens cette pétition (contre l'érosion du monopole de l'EFS, ndr!), car effectivement les produits sanguins dans le monde sont relativement menacés par la pression conjointe de multinationales des produits collectés dans le monde entier mais aussi par le fait que notre modèle très cher de transfusion n'est aujourd'hui pas adapté à une généralisation dans le monde entier : selon l'OMS, le principal problème pour 80 % de la population mondiale n'est pas une mauvaise qualité des produits mais bien l'absence des produits qui pourraient sauver des patients, ce qui tue beaucoup plus de monde que ne le feraient même des produits très « bas de gamme ». Mais de grâce, apprenons aussi à travailler avec les autres pays développés, nos voisins européens en particulier, ceux qui ont les mêmes valeurs que nous et qui ne comprennent pas notre acharnement à leur dire que seul notre modèle français est éthique et acceptable » analysait-il.*

Vers une « obligation » de donner ?

D'une manière générale, Yves Charpak juge qu'il sera forcément nécessaire de se poser la question de la pérennité de notre coûteux modèle qu'il décrit ainsi : « *Le recueil de cette « matière première » est anonyme et non rémunéré, basée uniquement sur la générosité de quelques-uns, alors même que tous les citoyens auront probablement un jour besoin d'un « morceau du corps » de quelqu'un d'autre. Ainsi c'est un service public avec objectif annuel quantifié sur la base d'une activité charitable et volontaire. On imagine ce que donnerait la collecte de l'impôt si l'on appliquait les mêmes principes* ». Face aux différentes menaces qui pèsent sur un tel système, il juge qu'il est nécessaire « *d'anticiper les difficultés inévitables à venir en matière de recrutement de donneurs, et ce malgré l'intensification à grands frais des activités de communication, en transformant la générosité actuelle en une forme « d'obligation » ? : sans contraindre à donner bien sûr, on pourrait instituer, comme pour les organes, un statut de donneur a priori. Ainsi tout citoyen ne le refusant pas explicitement pourrait être systématiquement sollicité. (...) A quand un avis d'imposition ou un remboursement d'ordonnance avec un rappel d'une « obligation solidaire de donner » ?* » concluait-il.

Ainsi, on le voit, loin du débat manichéen souhaité par certains, la question de la rémunération et plus largement de l'organisation du don du sang nous invite à une réflexion plus complexe, dont vous pourrez vous nourrir en vous rendant sur ces différents blogs.

Le blog d'Olivier Véran

<http://www.olivier-veran.fr/lethique-du-don-de-sang-a-la-francaise-nest-pas-negociable/>

Le blog d'Elie Arié

<http://www.marianne.net/elie-pense/don-du-sang-france-basculer-mondialisation-020215.html>

Le blog de Jean-Daniel Flaysakier

<http://www.docteurjd.com/2015/02/03/obama-parle-du-vaccin-contre-la-rougeole-la-france-les-dons-de-sang-peut-etre-remunerer-petites-bribes-dactualite/>

Les blogs d'Yves Charpak

<http://blogs.mediapart.fr/blog/yves-charpak/081014/pas-facile-en-france-de-reconnaitre-que-d-autres-pays-font-parfois-bien-les-choses-utilisation-des>

<http://blogs.mediapart.fr/blog/yves-charpak/081214/atteinte-au-don-de-sang-ethique-petition-des-donneurs-et-des-syndicats-de-l-efs>

<http://yvescharpak.typepad.com/blog/2014/09/yves-charpak-vous-a-envoy%C3%A9-un-message-%C3%A0-partir-de-mediapart.html>

Aurélie Haroche

Publié dans JIM le 07/02/2015

KÉTAMINE : UN COUP DANS LE NEZ, C'EST BON POUR LE MORAL !

Environ un patient déprimé sur trois souffre d'une dépression résistant aux traitements médicamenteux disponibles actuellement. La plupart de ces traitements agissent sur le système mono-aminergique. Une nouvelle voie thérapeutique émerge : le récepteur au glutamate N-méthyl-D-aspartate (NMDA). La kétamine intraveineuse, un antagoniste du récepteur NMDA, a déjà démontré une efficacité rapide dans la dépression résistante. Cependant, son administration intraveineuse limite son accessibilité.

Kyle Lapidus et coll. ont présenté dans *Biological Psychiatry* une étude pilote évaluant l'effet antidépresseur de la kétamine en administration intranasale chez 20 patients souffrant d'une dépression résistante à au moins un traitement antidépresseur. Tous les patients recevaient soient 50 mg de kétamine soit du sérum physiologique en administration intra-nasale (en 5 pulvérisations). Ils recevaient l'autre traitement une semaine plus tard après une période de « crossover ». L'évaluation de l'efficacité du traitement sur les symptômes dépressifs se faisait à l'aide de la *Montgomery-Asberg Depression Rating Scale* (MADRS) évaluée à 24 h. Dix-huit patients sur les 20 inclus ont reçu les deux traitements.

Les patients ayant eu la kétamine avaient en moyenne une MADRS inférieure de 7,6 points par rapport à ceux ayant reçu le placebo (intervalle de confiance à 95 % [IC95] 3,9-11,3). Le taux de réponse au traitement à 24 h (diminution de 50 % de la MADRS) était de 44 % (8 sur 18) après une administration de kétamine, contre 6 % après le sérum physiologique. On ne retrouvait pas d'effet résiduel à une semaine. Les effets psychomimétiques étaient très modérés, et n'étaient pas corrélés aux effets antidépresseurs. Aucun effet indésirable grave n'est rapporté.



Les concentrations sanguines de kétamine dans cette étude sont inférieures à celles mesurées après administration intraveineuse, pouvant expliquer selon les auteurs le taux de réponse inférieur à ce qui est retrouvé après une administration intraveineuse. Ce qui peut également expliquer la rareté des effets dissociatifs.

Il s'agit bien entendu d'une étude pilote, menée sur un petit nombre de patients, et qui nécessite d'être répliquée. Cependant, ce nouveau mode d'administration a l'avantage de rendre plus accessible ce traitement émergent qu'est la kétamine. Si son efficacité est démontrée de façon de plus en plus robuste au fil des études qui paraissent régulièrement, son utilisation (hors AMM) en pratique clinique reste rarissime et réservée à quelques services. Espérons que la facilité d'utilisation de l'administration intranasale contribuera à faire entrer à terme la kétamine dans la pharmacopée quotidienne du psychiatre.

Dr Alexandre Haroche
Publié dans JIM le 26/02/2015

Références

Lapidus et coll. : A randomized controlled trial of intranasal ketamine in major depressive disorder. Biol Psychiatry. 2014;76: 970-6.

LE RÉMIFENTANIL MOINS PERFORMANT QUE LA PÉRIDURALE POUR CONTRÔLER LA DOULEUR DE L'ACCOUCHEMENT

Le rémifentanyl est proposé dans la prise en charge de la douleur au cours du travail. Dispensé par voie veineuse, cette analgésie peut être contrôlée par la patiente elle-même et représente une alternative à l'analgésie péridurale. Certaines femmes présentent en effet des contre-indications à celle-ci ou préfèrent une méthode d'analgésie moins invasive.

Le rémifentanyl est un morphinique puissant, agoniste des récepteurs μ , dont la particularité est un délai d'action court et une élimination rapide et constante.

Une équipe hollandaise a réalisé une étude randomisée dans le but d'évaluer la satisfaction des patientes ayant accouché avec l'analgésie contrôlée par rémifentanyl en comparaison de celle des patientes ayant accouché avec une analgésie

péridurale. Au total 1 414 patientes ont été randomisées, divisées en 2 groupes selon le mode d'analgésie qui leur était proposé. Leur satisfaction concernant la sédation de la douleur était évaluée toutes les heures avec une échelle visuelle analogique.

Bien que le contrôle de l'analgésie soit réalisé par la patiente elle-même, laissant présager des scores de satisfaction supérieurs, c'est l'inverse qui est constaté. L'analgésie contrôlée avec le rémifentanyl n'est en effet pas équivalente à l'analgésie péridurale en ce qui concerne la satisfaction de la patiente sur le total soulagement de la douleur (différence -2,8 ; intervalle de confiance à 95 % -6,9 à 1,3) et l'analgésie péridurale permet d'obtenir de meilleurs scores de douleur.

Notons qu'une proportion plus importante de patientes a demandé à recourir à l'analgésie dans le « groupe rémifentanil » (65 % vs 52 %) peut-être parce que la méthode apparaît moins invasive et plus facilement disponible. Le temps entre la demande et le début de l'analgésie est d'ailleurs inférieur dans ce groupe, sans doute parce que la présence d'un anesthésiste n'est pas nécessaire.

En ce qui concerne les critères secondaires d'évaluation, les auteurs précisent que le taux de césarienne est identique dans les deux groupes, ainsi que le taux de morbidité et de mortalité maternelle et infantile. En revanche, les

désaturations sont plus fréquentes dans le groupe sous analgésie par rémifentanil (38 % en dessous de 95 % de SpO₂ et 18 % en dessous de 92 % vs 12 % et 5 %).

Dr Roseline Péluchon

Publié dans JIM le 04/03/2015

Références

Freeman LM et coll. : Patient controlled analgesia with remifentanil versus epidural analgesia in labour: randomized multicentre equivalence trial. *BMJ* 2015; 350: h846.

HYDROXYÉTHYLAMIDONS ET ALBUMINE : PRUDENCE AUSSI EN CHIRURGIE

L'utilisation des hydroxyéthylamidons a fait l'objet d'intenses débats ces dernières années. Certaines publications ayant fait état d'effets secondaires graves, plusieurs agences du médicament ont émis des réserves quant à leur emploi, allant parfois jusqu'à demander leur suspension. Les effets indésirables incriminés étaient principalement des insuffisances rénales, particulièrement chez les patients présentant une septicémie ou relevant d'une réanimation. A ce jour, il existe toutefois peu de données sur leur sécurité d'emploi en péri-opératoire dans des interventions à risque hémorragique élevé. Ce manque de données favorise les polémiques, chaque camp y allant de ses arguments.

Une étude rétrospective, réalisée dans 510 hôpitaux des Etats-Unis sur des données concernant plus de 1 million de patients, pourrait relancer le débat et surtout illustrer la nécessité urgente d'études prospectives. Les auteurs ont limité leur recherche au contexte d'interventions d'arthroplasties totales de hanche et de genou, et ont comparé le risque de complications péri-opératoires chez ceux qui avaient reçu un soluté de remplissage à base d'hydroxyéthylamidon à 6 % ou d'albumine à 5% , à celui de patients n'ayant pas reçu ces produits.

Le constat est sans appel, puisque les solutés à base d'hydroxyéthylamidons sont associés à une augmentation d'environ 20 % du risque d'insuffisance rénale aiguë (Odds ratio 1,23 ; intervalle de confiance à 95 % 1,13 à 1,34). Quant à l'albumine, elle est associée à une augmentation de 50 % du risque d'insuffisance rénale. Le risque de complications

thrombo-emboliques, cardiaques et pulmonaires est lui aussi supérieur chez les sujets ayant reçu ces solutés de remplissage. Les auteurs remarquent une réduction depuis 2013 du recours aux hydroxyéthylamidons, qui est concomitante à une augmentation de l'emploi d'albumine.

Selon les auteurs, ces résultats, bien qu'obtenus à partir d'une étude rétrospective, devraient rendre prudents quant à l'utilisation de ces produits dans ce contexte de chirurgie orthopédique. En tout état de cause, ils justifient que soient entreprises des études prospectives de grande ampleur afin d'établir clairement leur rapport bénéfice-risque. Cela renforcerait le processus décisionnel et exclurait le risque de leur utilisation en routine.

En France, après quelques hésitations, l'AMM des solutés de remplissage à base d'hydroxyéthylamidon a été limitée, en 2014, au traitement de deuxième intention de l'hypovolémie due à des pertes sanguines, quand l'emploi des cristalloïdes seuls est insuffisant.

Dr Roseline Péluchon

Publié dans JIM le 08/04/2015

Référence

Opperer M et coll. : Use of perioperative hydroxyethylstarch 6 % and albumin 5 % in elective joint arthroplasty and association with adverse outcomes: a retrospective population based analysis. *BMJ* 2015;350:h1567.

UN SEUL DOSAGE DE TROPONINE T-ULTRASENSIBLE POUR LE DIAGNOSTIC D'INFARCTUS AUX URGENCES ?

Les douleurs thoraciques sont à l'origine de 5 à 10 % des consultations aux urgences. Or, seule une faible proportion d'entre elles est en lien avec un infarctus du myocarde. L'examen clinique, les antécédents, l'ECG et le dosage de la troponine permettent rarement d'éliminer formellement un infarctus et pratiquement 8 patients sur 10 sont gardés en observation ou pour un complément d'examens. Le dosage de la troponine T-ultrasensible devrait supplanter désormais celui de la troponine standard et améliorer ainsi le diagnostic. Il est recommandé de la doser lors de l'admission et de répéter le dosage 3 heures plus tard.

Une équipe du Royaume-Uni a entrepris d'évaluer l'intérêt d'un dosage unique de la troponine T-ultrasensible lors de l'exploration étiologique d'une douleur thoracique. Pour ce faire, il a été procédé à une méta-analyse de 23 études, incluant au total près de 9 500 patients.

Les auteurs ont retenu plus précisément les seuils de troponine T-ultrasensible de 14 mg/l et celui de 3 à 5 mg/l. Le seuil de 14 mg/l donne au test une sensibilité de 89,5 % et une spécificité de 77,1 %, celui de 3-5 mg/l une sensibilité de 97,4 % et une spécificité de 42,4 %. Ceci signifie que, si

l'on considère que 21 % des patients souffrant de douleurs thoraciques présentent un infarctus du myocarde (ce qui est la prévalence moyenne dans les travaux considérés), le seuil de 14 mg/l conduirait à en négliger 2 à 3 (faux négatifs), alors que 18 patients sur les 79 autres seraient considérés comme présentant un infarctus (faux positifs). En revanche, le seuil de 3 à 5 mg/l laisserait passer moins de 1 cas d'infarctus, mais 46 patients indemnes seraient « testés » positifs.

Cette stratégie comportant un seul dosage de troponine T-ultrasensible ne peut, soulignent les auteurs, que s'intégrer dans une démarche diagnostique d'ensemble et n'est pas adaptée aux patients qui se présentent aux urgences moins de 3 heures après le début de leur douleur thoracique.

Dr Roseline Péluchon
Publié dans JIM le 03/02/2015

Références

Zhelev Z et coll.: *Diagnostic accuracy of single baseline measurement of Elecsys Troponin T high-sensitive assay for diagnosis of acute myocardial infarction in emergency department: systematic review and meta-analysis BMJ 2015;350:h15.*

POUR UNE MESURE DU TAUX D'HÉMOGLOBINE NON SANGLANTE ET IMMÉDIATE

Le décès après des traumatismes importants est souvent lié à une hémorragie et il importe donc de reconnaître à temps l'hypovolémie, qui peut être masquée ou méconnue en cas de lésions cérébrales, d'anxiété ou d'abus médicamenteux, d'autant que l'hypotension artérielle est un signe tardif qu'il ne faut pas attendre. La mesure classique du taux d'hémoglobine (Hb) par prélèvement sanguin est certes fiable, mais son résultat est différé et une nouvelle technique non sanglante et à résultat immédiat paraît préférable, qui permet la mise en route plus précoce de transfusions, voire d'une intervention.

Les auteurs de Tucson (Arizona) ont montré l'étroite corrélation qui existe entre le taux d'Hb et la saturation pulsée en oxygène (SpO₂). Un nouveau dispositif, appelé Masimo-Pronto7, est doté d'un spectrophotomètre qui perçoit plusieurs longueurs d'ondes de lumière, et permet de déterminer précisément le taux d'Hb.

Tous les blessés arrivés au centre de Tucson entre avril et octobre 2012 ont été inclus dans l'étude ; le taux d'Hb a été mesuré simultanément par les 2 techniques (prise de sang et mise du capteur sur l'annulaire avec activation du bouton « test » et répétition de 3 mesures à 5 mn d'intervalle, en utilisant la moyenne des 3).

Il y a eu 450 mesures du taux d'Hb par ponction veineuse et 3 x 450, soit 1 350 mesures par Masimo. Sur ces 450 blessés (74 % hommes), les accidents de la voie publique représentaient 68 % des cas, suivis par les blessures par arme à feu (14 %) et les rixes (8 %). Le taux d'Hb moyen par ponction veineuse et par Masimo a été de 11,5 et de 11,1 g/100 ml, différence non significative. La méthode sanglante a retrouvé chez 173 blessés un taux d'Hb < 8 mg/100 ml et chez les 277 autres, un taux > 8 mg/1200 ml. Dans ces 2 groupes, la bonne corrélation entre les 2 méthodes a été confirmée, comme d'ailleurs entre les 3 mesures espacées de 5 mn de la technique Masimo, et ceci restait valable en cas de collapsus.

Les limites de la méthode sont les ongles recouverts de vernis, de suie ou de goudron, une inadéquation entre la taille du capteur et celle du doigt, ou des patients trop agités.

La technique du capteur est donc fiable pour mesurer le taux d'hémoglobine de façon rapide et réitérée chez presque tous les blessés.

Dr Jean-Fred Warlin
Publié dans JIM le 17/02/2015

Référence

Bellal J et coll. : *Transforming hemoglobin measurement in trauma patients: noninvasive spot check hemoglobin. J Am Coll Surg., 2015; 220: 93-98.*

QUELLE PROBABILITÉ DE SURVIE POUR LES GRANDS BRÛLÉS AUJOURD'HUI ?

Les lésions par brûlure ont comme particularité d'être visuellement quantifiables, avec la mise au point depuis les années 1950, de scores pronostiques. Ces formules, basées sur la surface cutanée brûlée, et pouvant de plus prendre en compte le mécanisme de la brûlure et les variables biologiques, restent-elles actuellement fiables pour établir un pronostic ? Des auteurs ont examiné les facteurs associés à un risque accru de mortalité et de morbidité en cas de brûlures étendues afin d'identifier les patients pouvant tirer bénéfice de thérapies expérimentales.

Les patients brûlés ont été inclus de façon prospective dans le cadre d'une étude de cohorte multicentrique (6 centres de grands brûlés en Amérique du Nord). Les critères d'inclusion suivants ont été retenus : âge de 0 à 99 ans, admission dans les 96 heures suivant la brûlure, plus de 20 % de la surface totale du corps brûlée avec nécessité d'au moins une intervention chirurgicale. Les données évolutives recueillies ont pris en considération la taille des zones brûlées, les infections des plaies, l'existence d'une septicémie, d'une pneumonie, d'un syndrome de détresse respiratoire aiguë, et le nombre de défaillances multiviscérales.

Un total de 573 patients a été inclus, dont 226 enfants (âge de moins de 16 ans), 325 patients adultes (âge de 16 à 65 ans) et 23 patients âgés (plus de 65 ans). Les données générales sont résumées dans le tableau 1.

Tableau 1 : Données démographiques

Données	Tous n=573	<16 ans n=226	16-65 ans n=324	>65 ans n=23	P comparant les 3 groupes
Age moyen (ans)	26	6	37	74	-
Hommes n (%)	412 (45 %)	150 (66 %)	251 (77 %)	11 (48 %)	<0,0006
% de surface brûlée	48	58	42	37	<0,001
% brûlures du second degré	14	15	14	15	0,19

Chez les enfants, la taille de la brûlure déterminant la mortalité, ou un risque accru de complications (septicémie, infection de la plaie, défaillance multiviscérale) est d'environ 60 % de la surface du corps. Chez les adultes, le seuil pour ces résultats est plus faible, à environ 40 % de la surface corporelle totale. Chez les enfants, les auteurs notent une plus grande prévalence des infections ou des contaminations des plaies par rapports aux patients adultes (93 % contre 55 %, $p < 0,0001$), mais en revanche moins de pneumonies et de sepsis (9 et 2 % vs. 45 et 10 %, $p < 0,0001$, respectivement). La mortalité globale est de 8 % chez les moins de 16 ans, de 17 % de 16 à 65 ans et de 57 % chez les plus de 65 ans ($p < 0,0001$).

Les résultats de cette étude montrent donc que les adultes avec plus de 40 % de la surface totale du corps brûlé et les enfants avec un taux de brûlure plus de 60 % du total de la surface corporelle sont à risque élevé de morbidité et de mortalité, même dans des centres hautement spécialisés. Le faible effectif de la population des plus de 65 ans rend les conclusions plus difficiles, mais on peut dire que le pronostic chez les malades âgés est réservé.

Dr Béatrice Jourdain

Publié dans JIM le 20/03/2015

Références

Jeschke M et coll. : Morbidity and Survival Probability in Burn Patients in Modern Burn Care
Crit Care Med 2015; 43: 808-815

ARRÊT CARDIAQUE EXTRAHOSPITALIER RÉANIMÉ : L'ADRÉNALINE AGGRAVE LE PRONOSTIC...

En cas d'arrêt cardiaque, les recommandations internationales préconisent l'injection d'adrénaline toutes les 3 à 5 minutes pendant les manœuvres de réanimation et ce, quel que soit le tracé ECG. En effet, les effets alpha-adrénergiques de l'adrénaline tendent à augmenter la pression de perfusion coronaire et cérébrale pendant les manœuvres de ressuscitation et à aider à la restauration d'une circulation spontanée. Cependant, dans la phase qui suit la réanimation, l'adrénaline peut avoir des effets secondaires qui contribuent à la dysfonction myocardique, à l'augmentation des besoins en oxygène et aux anomalies de la microcirculation. Si bien qu'en définitive, le rapport bénéfice/risque de l'utilisation de l'adrénaline dans cette situation reste incertain.

Récemment, une étude randomisée et une étude observationnelle ont montré que le recours à l'adrénaline réduisait les chances de survie. En effet, dans ces 2 études, l'adrénaline était associée à une plus grande probabilité de retour d'une circulation spontanée mais cet effet bénéfique ne se traduisait pas par une meilleure survie dans la mesure où le devenir de ces patients était plus défavorable dans la phase post-ressuscitation.

L'étude française de Dumas et coll. (1) a tenté d'évaluer les relations entre l'administration pré-hospitalière d'adrénaline et la survie fonctionnelle de patients hospitalisés dans un centre d'urgence spécialisé dans le traitement des arrêts cardiaques survenus en dehors de l'hôpital et chez qui les manœuvres de ressuscitation avaient permis d'obtenir le retour d'une circulation spontanée.

L'utilisation d'adrénaline était cotée oui/non et quantifiée selon la dose administrée (0 mg, 1 mg, 2 à 5 mg, > 5 mg).

Entre 2000 et 2012, sur les 1 556 patients éligibles, 1 134 (73 %) avaient reçu de l'adrénaline ; 194 (17 %) de ces 1134 patients ont eu une évolution favorable vs 255 des 422 patients (63 %) qui n'en avaient pas reçu ($p < 0,001$). Cette association défavorable entre la mise sous adrénaline

et l'évolution clinique a été observée quelle que soit la durée de la réanimation et les interventions thérapeutiques effectuées pendant l'hospitalisation.

Comparés à ceux des patients qui n'avaient pas reçu d'adrénaline, les odds ratio ajustés d'une survie sans séquelle étaient, chez ceux qui en avaient reçu, de 0,48 (intervalle de confiance [IC] 95 % [0,27 à 0,84]) pour 1 mg d'adrénaline, 0,30 (IC 95 % [0,20 à 0,47]) pour 2 à 5 mg et 0,23 (IC 95 % [0,14 à 0,37]) pour >5 mg d'adrénaline.

L'administration retardée d'adrénaline était associée avec le pronostic le plus défavorable.

Ainsi, dans cette vaste cohorte de patients qui ont récupéré une circulation spontanée après un arrêt cardiaque survenu en dehors de l'hôpital, l'utilisation d'adrénaline avant l'hospitalisation, s'est trouvée significativement associée à une moindre chance de survie ; cette association était corrélée à la dose d'adrénaline injectée et persistait en dépit de toutes les interventions thérapeutiques mises en œuvre pendant la phase de post-ressuscitation. Selon Ewy (2) cette étude a le mérite de poser une question importante (l'adrénaline est-elle le vasopresseur idéal ?) et d'attirer l'attention sur le fait que l'effet adverse des injections répétées et tardives d'adrénaline n'était pas modifié par les interventions effectuées en post-ressuscitation, telle l'hypothermie dont il faudrait peut-être prolonger la durée dans cette situation.

Dr Robert Haiat

Publié par JIM - le 24/01/2015

Références

1. Dumas F et coll. : Is Epinephrine During Cardiac Arrest Associated With Worse Outcomes in Resuscitated Patients. *J Am Coll Cardiol.*, 2014; 64: 2360-7.
2. Ewy GA et coll. : The Time-Sensitive Role of Vasopressors During Resuscitation of Ventricular Fibrillation. *J Am Coll Cardiol.*, 2014; 64: 2368-10.

LES APPAREILS DE MASSAGE CARDIAQUE AUTOMATISÉ RESTENT ENCORE UN OBJET DE SALON

Paris, le samedi 4 avril 2015 – Plusieurs médias se sont intéressés ces dernières semaines à certains dispositifs présentés dans le cadre du salon « Secours Expo » dédié, comme son nom l'indique, aux spécialistes des secours. Leur attention, notamment celle de RTL, a en particulier été attirée par la présentation d'appareils de massage cardiaque automatique. En réalité, ces systèmes sont développés depuis plusieurs années et plusieurs entreprises proposent ce type de machines en France. Ces dernières se composent généralement d'une plate-forme dorsale et d'une « ventouse » capable de produire des compressions thoraciques régulières sans s'arrêter. Les avantages pour les équipes de secours sont on le devine très nombreux, parce que ces appareils permettent notamment de poursuivre le massage au moment des transports ou lors de la pose d'une voie veineuse ou d'une intubation et qu'ils offrent d'une manière générale la promesse d'une continuité sans défaillance de la prise en charge.

Des appareils pas encore dans le cœur des secouristes

Ces systèmes ont fait l'objet de quelques évaluations qui ont pour la plupart permis de conclure à une efficacité comparable (mais non pas supérieure) au massage manuel et à l'absence d'effets délétères. Une étude suédoise randomisée portant sur 2 589 arrêts cardiaques survenus dans six centres d'urgence, évaluant le dispositif de pompage Lucas, avait notamment été présentée au congrès de l'European Society of Cardiology en 2013. Parallèlement à ces travaux, la médiatisation de ces appareils auprès du grand public avait été importante en 2013, après le « sauvetage » filmé d'un patient australien, grâce à un dispositif de ce type. Pourtant aujourd'hui, les services de secours utilisant ce type de système, en particulier en France, restent très rares. Faut-il y voir une réticence vis-à-vis du progrès ? Le refus d'adopter un système qui ne semble pas offrir de bénéfices (tout au moins statistiques) aux patients ? Ou plus prosaïquement la nécessité de maîtriser les budgets ?

Léa Crébat

SOINS INFIRMIERS : QUI DE L'INFIRMIER OU DU MÉDECIN EST RESPONSABLE ?

Paris, le 28 février 2015 - Parcourir un grimoire de droit civil nous apporte parfois quelques enseignements. Dans les ouvrages de référence, la responsabilité des médecins libéraux et hospitaliers occupe une place de choix dans les chapitres consacrés à la responsabilité civile. Par comparaison, la question de la responsabilité des infirmiers est souvent évoquée en quelques lignes, lorsqu'elle n'est pas tout simplement occultée.

Cette place correspond à une certaine réalité. Les patients prétendant être victime d'un préjudice engagent le plus souvent la responsabilité du médecin, souvent considéré comme le plus solvable ou le mieux assuré.

Or, l'on aurait tort de penser que l'infirmier ne se retrouve jamais devant les juridictions. Reste à savoir s'il se présente devant les juges en tant que défendeur ou simple témoin...

En effet, en vertu de l'article L.4311-1 du Code de la santé publique, l'infirmier peut exercer aussi bien à titre libéral (en procédant par exemple à des injections de médicaments à domicile, en dehors de toute surveillance médicale), ou travailler directement sous les ordres et la supervision d'un médecin ou chirurgien.

A ces deux situations correspondent deux régimes de responsabilité différents.

L'infirmier exerçant en libéral est personnellement responsable en cas de faute

En principe, l'infirmier libéral n'est tenu à l'égard des patients qu'à une obligation de moyen.

Pas plus que le médecin, celui-ci ne peut s'engager à guérir le patient, mais doit en revanche s'engager à mettre tous les moyens en œuvre pour apporter à celui-ci les meilleurs soins possibles.

Quelles sont les conséquences juridiques de cette obligation de moyen ? Pour que la responsabilité de l'infirmier libéral soit engagée, le patient doit prouver que celui-ci a commis une faute.

Cette faute peut consister en une négligence. La Cour de cassation estime, par exemple, que l'infirmière qui ne s'assure pas de la régularité d'une prescription médicale commet une faute à l'égard du patient. Ainsi, l'infirmier ne saurait se tenir à la simple déclaration du patient sur la nécessité d'une injection !

La faute peut également provenir d'un acte qui n'aurait pas été réalisé dans les règles de l'art. Les juridictions peuvent notamment reprocher aux infirmiers de ne pas avoir su réagir dans des situations périlleuses ! La Cour d'appel de Metz a ainsi retenu la responsabilité d'une infirmière qui n'avait pas pris toutes les précautions nécessaires pour maîtriser un enfant de sept ans avant une injection, ce qui a conduit à une mauvaise piqûre, entraînant la paralysie du nerf sciatique.

Si le patient ne peut démontrer l'existence d'une faute, la responsabilité de l'infirmier ne peut être engagée.

En revanche, l'infirmier est naturellement tenu à une obligation de résultat en ce qui concerne... son matériel.

Sa responsabilité sera systématiquement engagée si celui-ci effectue des soins à l'aide d'un matériel non conforme ou non stérile.

Le médecin est responsable du fait des fautes commises par les infirmiers qu'il a sous sa direction

Qu'en est-il des infirmiers qui exercent en qualité de salarié ? L'article 1384 du Code civil prévoit que les « commettants » sont responsables des fautes commises par les personnes agissant sous leur subordination.

En application de ce principe, les médecins libéraux, les cliniques privées et les établissements publics sont responsables des fautes d'imprudence commises par les infirmiers travaillant sous leur direction. En d'autres termes, lorsqu'un acte médical est réalisé sous la supervision d'un médecin, la faute de l'infirmier (y compris lorsqu'elle résulte d'une négligence), engage la responsabilité du médecin. La Cour d'appel d'Aix-en-Provence a ainsi pu retenir la responsabilité d'une clinique en raison de la faute commise par une infirmière qui n'avait pas signalé immédiatement au chirurgien la fréquence élevée du rythme cardiaque d'une patiente lors d'une opération.

Les limites de responsabilité du médecin

Pour que la responsabilité du médecin soit engagée en raison d'une faute de l'infirmier, encore faut-il que l'infirmier ait bien agi dans le cadre d'un lien de subordination.

Ainsi, et bien évidemment, la responsabilité du médecin ne pourrait être engagée si l'infirmier a commis à l'égard du patient une faute pénale intentionnelle (violences ou homicide volontaire par exemple). Il en sera de même si l'infirmier a agi sans l'autorisation du médecin ou en dehors de l'exercice de ses fonctions.

Attention aux assurances

Responsable à titre personnel des fautes commises dans le cadre de l'exercice de son art, l'infirmier libéral doit prendre soin de souscrire une assurance personnelle et surtout de rester attentif aux conditions et exclusions de la garantie souscrite.

Il en est de même pour le médecin libéral qui a sous sa direction des infirmiers. Celui-ci, dans le cadre de la garantie qu'il a souscrite, devra être particulièrement attentif aux clauses d'exclusion de garanties qui peuvent être contenues dans la police d'assurance, afin d'éviter toutes mauvaises surprises...

*Charles Haroche - Avocat (Paris)
Publié dans JIM le 28/02/2015*

TEXTES OFFICIELS

DÉCRET N° 2015-74 DU 27 JANVIER 2015 RELATIF AUX ACTES INFIRMIERS RELEVANT DE LA COMPÉTENCE EXCLUSIVE DES INFIRMIERS DE BLOC OPÉRATOIRE

NOR : AFSH1418637D

Publics concernés : infirmier et infirmière de bloc opératoire, infirmier et infirmière en cours de formation préparant au diplôme d'Etat de bloc opératoire au moment de l'entrée en vigueur du décret.

Objet : le présent décret définit les actes et activités que les infirmières et infirmiers de bloc opératoire sont seuls habilités à réaliser à condition d'avoir suivi une formation.

Entrée en vigueur : le texte entre en vigueur le lendemain du jour de sa publication.

Notice : le décret introduit dans le code de la santé publique deux nouveaux articles consacrés à l'exercice des infirmiers et infirmières de bloc opératoire. Il habilite les infirmiers et infirmières de bloc opératoire à réaliser de nouveaux actes et activités et précise les conditions dans lesquelles ils seront réalisés. Il permet également aux infirmiers en formation préparant au diplôme d'Etat de bloc opératoire de participer aux activités réservées aux infirmiers et infirmières de bloc opératoire.

Pour exercer ces actes et activités, l'ensemble des infirmiers et infirmières de bloc opératoire en exercice et en cours de formation devront avoir suivi une formation complémentaire avant le 31 décembre 2020.

Références : les dispositions du code de la santé publique modifiées par le présent décret peuvent être consultées, dans leur rédaction résultant de cette modification, sur le site Légifrance (<http://www.legifrance.gouv.fr>).

Le Premier ministre,

Sur le rapport de la ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes,

Vu le code de la santé publique, notamment ses articles L. 4311-1, L. 4382-1 et R. 4311-11 ; Vu le code du travail, notamment ses articles L. 6312-1, L. 6312-2 et L. 6313-1 ;

Vu la loi n° 83-634 portant droits et obligations des fonctionnaires, notamment son article 22 ; Vu l'avis du Haut Conseil des professions paramédicales en date du 9 juillet 2014 ;

Vu l'avis de l'Académie nationale de médecine en date du 27 août 2014 ; Le Conseil d'Etat (section sociale) entendu,

Décète :

Art. 1^{er}. – Après l'article R. 4311-11 du code de la santé publique, il est inséré les articles R. 4311-11-1 et R. 4311-11-2 ainsi rédigés :

« Art. R. 4311-11-1. – L'infirmier ou l'infirmière de bloc opératoire, titulaire du diplôme d'Etat de bloc opératoire, est seul habilité à accomplir les actes et activités figurant aux 1° et 2° :

« 1° Dans les conditions fixées par un protocole préétabli, écrit, daté et signé par le ou les chirurgiens :

« a) Sous réserve que le chirurgien puisse intervenir à tout moment :

« – l'installation chirurgicale du patient ;

« – la mise en place et la fixation des drains susaponévrotiques ;

« – la fermeture sous-cutanée et cutanée ;

« b) Au cours d'une intervention chirurgicale, en présence du chirurgien, apporter une aide à l'exposition, à l'hémostase et à l'aspiration ;

« 2° Au cours d'une intervention chirurgicale, en présence et sur demande expresse du chirurgien, une fonction d'assistance pour des actes d'une particulière technicité déterminés par arrêté du ministre chargé de la santé.

« Art. R. 4311-11-2. – L'infirmier ou l'infirmière en cours de formation préparant au diplôme d'Etat de bloc opératoire peut participer aux actes et activités mentionnés à l'article R. 4311-11-1 dans les conditions qui y sont définies, en présence d'un infirmier ou d'une infirmière titulaire du diplôme d'Etat de bloc opératoire. »

TEXTES OFFICIELS

Art. 2. – I. – Doivent suivre une formation complémentaire avant le 31 décembre 2020 les professionnels mentionnés ci-dessous :

1° L’infirmier ou l’infirmière de bloc opératoire titulaire du diplôme d’Etat, en exercice à la date d’entrée en vigueur du présent décret ;

2° L’infirmier ou l’infirmière en cours de formation préparant au diplôme d’Etat de bloc opératoire à la date d’entrée en vigueur du présent décret.

II. – Pour pouvoir réaliser les actes et activités mentionnés à l’article R. 4311-11-1 du code de la santé publique entre la date d’entrée en vigueur du présent décret et le 31 décembre 2020, les professionnels mentionnés aux 1° et 2° du I doivent avoir suivi la formation complémentaire mentionnée au I.

III. – Le contenu, les modalités de cette formation complémentaire et le modèle type d’attestation de formation sont fixés par arrêté du ministre chargé de la santé.

Les employeurs publics et privés assurent le financement de cette formation au titre des dispositifs de formation professionnelle continue, de formation professionnelle tout au long de la vie ou du développement professionnel continu.

Art. 3. – La ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes est chargée de l’exécution du présent décret, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait le 27 janvier 2015.

MANUEL VALLS

Par le Premier ministre :

La ministre des affaires sociales, de la santé

et des droits des femmes,

MARISOL TOURAINE

TEXTES OFFICIELS

ARRÊTÉ DU 27 JANVIER 2015 RELATIF AUX ACTES ET ACTIVITÉS ET À LA FORMATION COMPLÉMENTAIRE PRÉVUS PAR LE DÉCRET NO 2015-74 DU 27 JANVIER 2015 RELATIF AUX ACTES INFIRMIERS RELEVANT DE LA COMPÉTENCE EXCLUSIVE DES INFIRMIERS DE BLOC OPÉRATOIRE

NOR : AFSH1418645A

La ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes, Vu le code de la santé publique ;
Vu le décret n^o 2015-74 du 27 janvier 2015 relatif aux actes infirmiers relevant de la compétence exclusive des infirmiers de bloc opératoire ;
Vu l'avis du Haut Conseil des professions paramédicales du 9 juillet 2014,

Arrête :

Art. 1^{er}. – Les actes d'une particulière technicité constituant la fonction d'assistance technique prévue à l'article R. 4311-11-1 du code de la santé publique sont mentionnés au III du référentiel d'activités figurant à l'annexe I du présent arrêté.

Art. 2. – La formation complémentaire mentionnée à l'article 2 du décret n^o 2015-74 du 27 janvier 2015 relatif aux actes infirmiers relevant de la compétence exclusive des infirmiers de bloc opératoire atteste des compétences professionnelles pour l'exercice des actes et des activités mentionnés à l'article R. 4311-11-1 du code de la santé publique selon le référentiel d'activité défini à l'annexe I du présent arrêté.

Le contenu de la formation est défini à l'annexe II du présent arrêté.

Art. 3. – La durée de la formation est fixée à quarante-neuf heures. Elle est organisée soit de façon continue, soit de façon discontinuée sur une période n'excédant pas cinq mois.

Art. 4. – La formation est dispensée au sein d'une école autorisée pour la préparation du diplôme d'Etat d'infirmier de bloc opératoire.

Art. 5. – A l'issue de la formation, l'école qui l'a dispensée délivre à l'intéressé une attestation certifiant que ce dernier a suivi l'ensemble de la formation et qu'il est en capacité de réaliser les actes et activités mentionnés à l'article R. 4311-11-1 du code de la santé publique. L'attestation est conforme au modèle défini à l'annexe III du présent arrêté.

Art. 6. – Le directeur général de l'offre de soins est chargé de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait le 27 janvier 2015.

MARISOL TOURAINE

A N N E X E S

A N N E X E I

RÉFÉRENTIEL D'ACTIVITÉS POUR L'EXERCICE DES ACTES ET ACTIVITÉS PRÉVUS À L'ARTICLE R. 4311-11-1 DU CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

Le référentiel d'activités a pour objet de détailler les actes et activités que les infirmiers de bloc opératoire sont seuls autorisés à réaliser en application de l'article R. 4311-11-1 du code de la santé publique.

I. ACTIVITÉS RÉALISÉES PAR LES INFIRMIERS DE BLOC OPÉRATOIRE SOUS RÉSERVE QUE LE CHIRURGIEN PUISSE INTERVENIR À TOUT MOMENT ET DANS LES CONDITIONS FIXÉES PAR UN PROTOCOLE

1. Réalisation de l'installation définitive du patient en vue de l'intervention chirurgicale en fonction de la voie d'abord souhaitée

DÉTAIL	SAVOIR-FAIRE
Mise en posture chirurgicale.	Installer le patient dans les délais et l'espace adaptés en fonction de la voie d'abord souhaitée. Manipuler le patient en respectant les règles d'ergonomie.
Sécurisation de la posture.	Stabiliser l'installation avec des appuis adaptés en fonction de la voie d'abord souhaitée et des caractéristiques du patient. Identifier et protéger les points de compression et d'élongation.
Vérification de l'accessibilité au geste chirurgical.	Identifier si le positionnement du patient permet le geste opératoire.

2. Mise en place et fixation des drains sus-aponévrotiques

DÉTAIL	SAVOIR-FAIRE
Pose du drain.	Poser les différents types de drainage choisis par l'opérateur.
Fixation à la peau.	Choisir la fixation adaptée en fonction du drain, des caractéristiques du patient et de la nature de l'acte. Réaliser les différents types de fixation.
Montage et adaptation de l'appareillage correspondant au drain.	Mettre en place les différents types d'appareillages en fonction du drain posé.
Vérification de la fonctionnalité du drainage.	Identifier les anomalies de fonctionnement du drainage. Mettre en place les actions nécessaires pour remédier à ces anomalies.

3. Fermeture sous-cutanée et cutanée

DÉTAIL	SAVOIR-FAIRE
Fermeture sous-cutanée et cutanée.	Identifier les différentes techniques de fermeture. Choisir la technique de fermeture en fonction des risques potentiels liés à l'intervention et au patient. Choisir le dispositif médical stérile adapté aux caractéristiques du patient et à la nature de l'incision. Choisir les instruments correspondant à la technique et aux caractéristiques du patient Mettre en œuvre les différentes techniques de fermeture. Contrôler la fermeture et le drainage et identifier les anomalies.

II. ACTIVITÉS RÉALISÉES PAR LES INFIRMIERS DE BLOC OPÉRATOIRE, AU COURS D'UNE INTERVENTION CHIRURGICALE, EN PRÉSENCE DU CHIRURGIEN ET DANS LES CONDITIONS FIXÉES PAR UN PROTOCOLE

4. Aide à la mise en place et au maintien des instruments d'exposition directe et indirecte

DÉTAIL	SAVOIR-FAIRE
Mise en place des instruments d'exposition adaptés permettant une visualisation directe ou indirecte.	Positionner les instruments d'exposition en superficie et/ou en profondeur, en veillant au respect des organes concernés, afin de permettre l'isolement, la présentation ou le contrôle des organes et des vaisseaux.
Maintien de l'exposition avec l'instrument adapté pour permettre au chirurgien de réaliser son geste opératoire.	Anticiper le geste opératoire du chirurgien. Maintenir un champ opératoire approprié en vue de faciliter le geste chirurgical Adapter sa gestuelle de positionnement en fonction du geste opératoire et des différents événements pouvant survenir. Identifier les anomalies liées à l'exposition.

5. Aide à la réalisation d'une aspiration

DÉTAIL	SAVOIR-FAIRE
Aspiration du site opératoire : - Réalisation d'une irrigation du site. - Réalisation d'une aspiration contrôlée du sang et autres liquides biologiques en fonction des tissus et du saignement à contrôler, pour dégager le champ visuel du chirurgien et faciliter l'acte opératoire.	Mettre en œuvre l'irrigation en utilisant le produit en quantité contrôlée, au moment opportun et au bon endroit. Mettre en œuvre l'aspiration en utilisant la canule adaptée à la situation. Mettre en œuvre le système de récupération du sang en utilisant le matériel adapté.
Utilisation et pose d'un système aspiratif de récupération du sang en vue d'une auto-transfusion.	

TEXTES OFFICIELS

6. Aide à la réalisation d'une hémostase

DÉTAIL	SAVOIR-FAIRE
Préparation du matériel adapté à l'hémostase réalisée.	Utiliser le matériel d'hémostase sous la direction de l'opérateur Identifier les risques et alerter.
Réalisation d'une hémostase pour un saignement superficiel n'entraînant aucune conséquence clinique immédiate au cours de l'intervention.	
Compression manuelle et/ou tamponnements sous la direction de l'opérateur.	
Aide à la réalisation d'une ligature.	

III. ENSEMBLE D'ACTES D'UNE PARTICULIÈRE TECHNICITÉ RÉALISÉS PAR LES INFIRMIERS DE BLOC OPÉRATOIRE, AU COURS D'UNE INTERVENTION CHIRURGICALE, EN PRÉSENCE ET SUR DEMANDE EXPRESSE DU CHIRURGIEN

7. Aide aux sutures des organes et des vaisseaux sous la direction de l'opérateur

DÉTAIL	SAVOIR-FAIRE
Maintien de la tension intermédiaire du fil entre chaque point pour les sutures en surjet.	Utiliser le matériel adapté pour les différents types de suture Repérer les anomalies avant et après suture et alerter.
Aide à la réalisation d'une suture à points séparés.	
Préparation des colles biologiques de réparation.	
Aide à la congruence des deux segments d'organes creux avant suture.	
Aide à la mise en place et manœuvre d'un dispositif de suture mécanique.	

8. Aide à la réduction d'une fracture et au maintien de la réduction au bloc opératoire

DÉTAIL	SAVOIR-FAIRE
Mise en œuvre de la traction nécessaire pour rétablir la continuité des segments osseux.	Mettre en œuvre la gestuelle adaptée pour exercer la traction et maintenir la réduction Identifier les risques pour adapter la gestuelle.
Maintien de la réduction avec l'instrumentation ou le matériel adapté.	

9. Aide à la pose d'un dispositif médical implantable (DMI)

DÉTAIL	SAVOIR-FAIRE
Aide à la pose d'un dispositif médical implantable (DMI).	Identifier les caractéristiques de différents types de DMI et les étapes du montage et de la pose selon la notice.

10. Injection d'un produit à visée thérapeutique ou diagnostique dans un viscère, une cavité, une artère

DÉTAIL	SAVOIR-FAIRE
Injection d'un produit à visée thérapeutique ou diagnostique dans un viscère, une cavité, une artère.	Mettre en œuvre la technique d'injection adaptée au site Identifier les risques spécifiques au produit injecté.

ANNEXE II

RÉFÉRENTIEL DE FORMATION VISANT À L'ACQUISITION DES COMPÉTENCES POUR L'EXERCICE DES ACTES ET ACTIVITÉS PRÉVUS
À L'ARTICLE R. 4311-11-1 DU CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

Objectif : l'infirmier de bloc opératoire doit être capable de réaliser les activités suivantes sous réserve que le chirurgien puisse intervenir à tout moment :

- Réalisation de l'installation définitive du patient en vue de l'intervention chirurgicale en fonction de la voie d'abord souhaitée ;
- Fermeture sous-cutanée et cutanée ;
- Mise en place et fixation des drains sus-aponévrotiques.

PRÉREQUIS	ÉLÉMENTS DE CONTENU	NIVEAU D'EXIGENCE
Législation en lien avec le champ de compétences des différents acteurs.	Nouvelles missions de l'IBODE, conditions de réalisation, positionnement de l'IBODE et législation associée à ces missions.	Les risques sont identifiés pour chaque posture et les actions en lien sont énumérées et argumentées.
Repères anatomiques liés aux postures chirurgicales et à la voie d'abord au regard de l'intervention chirurgicale. Risques en lien avec la posture, la technique chirurgicale et le patient. Moyens de protection et de prévention.	Risques associés à la réalisation effective de l'installation, pour le patient et pour les professionnels. Caractéristiques des tables opératoires et de leurs accessoires en lien avec les risques encourus. Mise en posture chirurgicale pour différents types d'installation en prenant en compte les critères de qualité (sécurité, confort, efficacité...).	Les postures chirurgicales sont réalisées. La manœuvre de mise en posture est efficace. Les appuis sont positionnés au regard de la posture, de la technique chirurgicale et de la morphologie de l'opéré. Les points d'appui sont protégés. Les règles de sécurité et le confort sont respectés.
Connaissances des différents types de drainages : principes, risques, spécificités, indications, localisations. Caractéristiques des différents types de fixation. Caractéristiques des différents types d'appareillages.	Risques liés à la mise en place d'un drainage en fonction de son type et de son emplacement anatomique. Réalisation de différents types de pose et de fixation des drains. Montage et adaptation de différents types d'appareillages. Anomalies de fonctionnement et actions correctrices.	La mise en œuvre du drainage est conforme et sécurisée. La fixation du drain est correcte. La sécurisation de l'appareillage est assurée. La fonctionnalité est assurée. Les risques sont identifiés.
Anatomie et histologie de la peau et des tissus sous-cutanés. Physiologie de la cicatrisation. Caractéristiques des dispositifs médicaux utilisés au regard de la voie d'abord : fils, aiguilles, alternatives aux sutures, instruments nécessaires à la fermeture.	Caractéristiques et utilisation des différents types de nœuds et des différentes techniques de fermeture en fonction des caractéristiques anatomiques du patient. Mise en œuvre des différentes techniques de nœuds. Mise en œuvre des différentes techniques de fermeture. Risques associés à la mise en œuvre des différentes techniques de fermeture. Anomalies de fermeture.	Le choix des fils et aiguilles est argumenté au regard de la suture prescrite et des caractéristiques anatomiques du patient. Les nœuds sont réalisés en respectant la technique et sont efficaces. La suture est conforme aux recommandations établies.
Recommandations pédagogiques : – Pratique simulée (installations chirurgicales au regard de scénarii préétablis, mise en place et fixation de drains, mise en œuvre des techniques de nœuds et fermeture), argumentation des actions menées, analyse critique, réajustement – analyse de situations Durée : 25 heures		

TEXTES OFFICIELS

Objectif : l'infirmier de bloc opératoire doit être capable de réaliser les activités suivantes au cours d'une intervention chirurgicale et en présence du chirurgien :

- Aide à la mise en place et au maintien des instruments d'exposition directe et indirecte ;
- Aide à la réalisation d'une aspiration ;
- Aide à la réalisation d'une hémostase.

PRÉREQUIS	ÉLÉMENTS DE CONTENU	NIVEAU D'EXIGENCE
<p>Anatomie chirurgicale.</p> <p>Définition et principes de l'exposition chirurgicale et de l'écartement.</p> <p>Différents types d'écarteurs selon le type de chirurgie.</p> <p>Risques liés aux différentes expositions au regard de la discipline chirurgicale et de la voie d'abord et actions de prévention et protection.</p>	<p>Positionnement des différents types d'instruments d'exposition.</p> <p>Mise en œuvre des différentes techniques d'exposition : manipulation, montage, démontage...</p> <p>Adaptation de la gestuelle de positionnement pour maintenir le champ opératoire approprié.</p> <p>Spécificités de certaines expositions au regard de la discipline chirurgicale et de la voie d'abord.</p> <p>Risques associés à la mise en œuvre et au positionnement.</p> <p>Anomalies liées à l'exposition.</p>	<p>La technique d'exposition permet le maintien du champ opératoire.</p> <p>Les risques associés à la mise en œuvre et au positionnement sont identifiés.</p> <p>La gestuelle de la manipulation des instruments est adaptée.</p>
<p>Principes d'aspiration.</p> <p>Caractéristiques des produits d'irrigation</p> <p>Différentes techniques et matériels d'aspiration, les différentes canules.</p> <p>Risques liés à l'irrigation, à l'aspiration.</p> <p>Autotransfusion et risques liés à la récupération du sang.</p>	<p>Réalisation d'une irrigation.</p> <p>Utilisation de différents moyens d'aspiration.</p> <p>Utilisation et pose d'un système aspiratif de récupération du sang.</p> <p>Risques associés à la mise en œuvre de ces différentes techniques.</p>	<p>L'aspiration est efficace et réalisée en toute sécurité.</p> <p>Les risques associés sont identifiés.</p>
<p>Physiologie de l'hémostase Instrumentation liée à l'hémostase : pinces, clamps...</p> <p>Différentes techniques d'hémostase Risques en lien avec les techniques d'hémostase.</p> <p>Risques liés à la mise en œuvre de processus de physiothérapie (électrocoagulations monopolaires et bipolaires, ultrasons, lasers).</p>	<p>Mise en œuvre des différentes techniques de nœuds sur les plans profonds.</p> <p>Réalisation de l'hémostase superficielle.</p> <p>Utilisation de différentes techniques d'hémostase.</p> <p>Risques associés à la mise en œuvre des différentes techniques d'hémostase.</p>	<p>Les nœuds en profondeur sont efficaces quelle que soit la technique utilisée.</p> <p>L'hémostase est efficace et réalisée en toute sécurité.</p> <p>Les risques associés sont identifiés.</p>
<p>Recommandations pédagogiques :</p> <ul style="list-style-type: none"> - pratique simulée, argumentation des actions menées, analyse critique, réajustement - analyse de situations. <p>Durée : 13 heures</p>		

Objectif : l'infirmier de bloc opératoire doit être capable de réaliser les actes suivants au cours d'une intervention chirurgicale, en présence et sur demande expresse du chirurgien :

- Aide aux sutures des organes et des vaisseaux sous la direction de l'opérateur ;
- Aide à la réduction d'une fracture et au maintien de la réduction au bloc opératoire ;
- Aide à la pose d'un dispositif médical implantable (DMI) ;
- Injection d'un produit à visée thérapeutique ou diagnostique dans un viscère, une cavité, une artère.

PRÉREQUIS	ÉLÉMENTS DE CONTENU	NIVEAU D'EXIGENCE
Anatomie chirurgicale. Les différents types de suture Techniques chirurgicales.	Mise en œuvre des différentes techniques de suture aponévrotiques et musculaires. Maintien de la juste tension du fil lors d'une suture. Anomalies liées aux sutures et risques associés. Mise en œuvre des différentes techniques de traction. Mise en œuvre du maintien de la réduction orthopédique. Risques associés à la mise en œuvre. Analyse de notices de différents types de DMI. Méthode d'analyse de la notice et de transmission des informations appropriées pour la pose du DMI.	Les sutures sont efficaces et réalisées en toute sécurité. Les risques associés sont identifiés. Les techniques de traction et de maintien de la réduction orthopédique sont efficaces et réalisées en toute sécurité. Les risques associés sont identifiés.
Pharmacologie	Spécificités de la technique d'injection dans les viscères, cavités et artères en lien avec l'anatomie de ces organes. Caractéristiques des produits utilisés en lien avec le site d'injection : pharmacologie. Risques associés aux produits et à la nature de l'injection.	Les informations pertinentes sont sélectionnées et transmises. Les risques spécifiques à la technique d'injection et aux produits utilisés sont identifiés.
Recommandations pédagogiques : - Pratique simulée, argumentation des actions menées, analyse critique, réajustement. - Analyse de situations. Durée : 11 heures		

ANNEXE VIII

MODÈLE D'ATTESTATION DE FORMATION AUX ACTES ET ACTIVITÉS DÉFINIS À
L'ARTICLE R. 4311-11-1 DU CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

**ATTESTATION DE FORMATION AUX ACTES ET ACTIVITÉS DÉFINIS
À L'ARTICLE R. 4311-11-1 DU CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE**

Vu le code de la santé publique, notamment son article R. 4311-11-1 ;

Vu le décret n° 2015-74 du 27 janvier 2015 relatif aux actes infirmiers relevant de la compétence exclusive des infirmiers de bloc opératoire ;

Vu l'arrêté du 27 janvier 2015 relatif aux actes et activités et à la formation complémentaire prévus par le décret n° 2015-74 du 27 janvier 2015 relatif aux actes infirmiers relevant de la compétence exclusive des infirmiers de bloc opératoire ;

Je, soussigné(e),
Directeur/directrice de l'école d'infirmiers de bloc opératoire....., Certifie que
Mme/M.,

Né(e) le à.....,

- a suivi la formation prévue à l'article 2 du décret n° 2015-74 du 27 janvier 2015 relatif aux actes infirmiers relevant de la compétence exclusive des infirmiers de bloc opératoire et à l'annexe II de l'arrêté du 27 janvier 2015 relatif aux actes et activités et à la formation complémentaire prévus par le décret n° 2015-74 du 27 janvier 2015 relatif aux actes infirmiers relevant de la compétence exclusive des infirmiers de bloc opératoire ;
- est en capacité d'exercer les actes et activités définis à l'article R. 4311-11-1 du code de la santé publique.

Fait le, à

(Signature)

TEXTES OFFICIELS

ARRÊTÉ DU 12 MARS 2015 MODIFIANT L'ARRÊTÉ DU 22 OCTOBRE 2001 RELATIF À LA FORMATION CONDUISANT AU DIPLÔME D'ÉTAT D'INFIRMIER DE BLOC OPÉRATOIRE NOR : AFSH1503448A

Publics concernés : écoles de formation des infirmiers de bloc opératoire, infirmiers entrant en formation conduisant au diplôme d'Etat d'infirmier de bloc opératoire.

Objet : modification du déroulement de la formation conduisant au diplôme d'Etat des infirmiers de bloc opératoire.

Entrée en vigueur : le texte entre en vigueur le lendemain de sa publication.

Notice : cet arrêté modifie le contenu de la formation conduisant au diplôme d'Etat d'infirmier de bloc opératoire afin de prendre en compte les évolutions apportées dans leur champ d'exercice par le décret n° 2015-74 du 27 janvier 2015 relatif aux actes infirmiers relevant de la compétence exclusive des infirmiers de bloc opératoire.

Les infirmiers de bloc opératoire diplômés d'Etat peuvent réaliser de nouveaux actes et activités en exclusivité en application d'un protocole médical, sous réserve que le chirurgien puisse intervenir à tout moment :

- l'installation chirurgicale du patient ;
- la mise en place et la fixation des drains susaponévrotiques ;
- la fermeture sous-cutanée et cutanée.

En outre, en présence et sous la responsabilité de l'opérateur, ils sont habilités à apporter une aide à l'exposition, à l'hémostase et à l'aspiration ainsi qu'à accomplir, à la demande de l'opérateur, une fonction d'assistance technique.

Pour tenir compte de cette évolution du champ de l'exercice, le programme de formation menant au diplôme d'Etat d'infirmier de bloc opératoire est modifié.

La ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes, Vu le code de la santé publique ;

Vu le décret n° 2015-74 du 27 janvier 2015 relatif aux actes infirmiers relevant de la compétence exclusive des infirmiers de bloc opératoire ;

Vu l'arrêté du 22 octobre 2001 relatif à la formation conduisant au diplôme d'Etat d'infirmier de bloc opératoire ;

Vu l'avis du Haut Conseil des professions paramédicales du 9 juillet 2014 ;

Vu l'avis du comité des finances locales (Conseil national d'évaluation des normes) du 5 mars 2015,

Arrête :

Art. 1^{er}. – L'annexe I de l'arrêté du 22 octobre 2001 susvisé est ainsi modifiée : 1° La partie « Répartition de l'enseignement » est modifiée comme suit :

Enseignement théorique, travaux dirigés, travaux pratiques	919 heures	30 semaines et 3 jours
Suivi pédagogique	30 heures	1 semaine
Enseignement clinique	1 316 heures	37 semaines et 3 jours
Temps de formation autogéré	30 heures	1 semaine
Total	2 295 heures	70 semaines
Congés	280 heures	8 semaines
Total général	2 575 heures	78 semaines

2° Dans la partie « Formation théorique », les mots : « 4 modules d'un total de 29 semaines » sont remplacés par les mots : « 5 modules d'un total de 919 heures ».

3° Avant la partie « Formation clinique », il est inséré un module 5 rédigé comme suit :

« Module 5
(49 heures)

ACTIVITÉS RÉALISÉES EN L'APPLICATION D'UN PROTOCOLE MÉDICAL CONFORMÉMENT AUX ARTICLES R. 4311-1-1 ET R. 4311-1-2 DU CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

Objectif : l'infirmier de bloc opératoire doit être capable de réaliser les activités suivantes sous réserve que le chirurgien puisse intervenir à tout moment :

- réalisation de l'installation définitive du patient en vue de l'intervention chirurgicale en fonction de la voie d'abord souhaitée ;
- fermeture sous-cutanée et cutanée ;
- mise en place et fixation des drains susaponévrotiques.

PRÉREQUIS	ÉLÉMENTS DE CONTENU	NIVEAU D'EXIGENCE
<p>Législation en lien avec le champ de compétences des différents acteurs.</p> <p>Repères anatomiques liés aux postures chirurgicales et à la voie d'abord au regard de l'intervention chirurgicale.</p> <p>Risques en lien avec la posture, la technique chirurgicale et le patient.</p> <p>Moyens de protection et de prévention.</p> <p>Connaissances des différents types de drainages : principes, risques, spécificités, indications, localisations.</p> <p>Caractéristiques des différents types de fixation.</p> <p>Caractéristiques des différents types d'appareillages.</p> <p>Anatomie et histologie de la peau et des tissus sous-cutanés.</p> <p>Physiologie de la cicatrisation.</p> <p>Caractéristiques des DM utilisés au regard de la voie d'abord : fils, aiguilles, alternatives aux sutures, instruments nécessaires à la fermeture.</p>	<p>Nouvelles missions de l'IBODE, conditions de réalisation, positionnement de l'IBODE et législation associée à ces missions.</p> <p>Risques associés à la réalisation effective de l'installation, pour le patient et pour les professionnels.</p> <p>Caractéristiques des tables opératoires et de leurs accessoires en lien avec les risques encourus.</p> <p>Mise en posture chirurgicale pour différents types d'installation en prenant en compte les critères de qualité (sécurité, confort, efficacité...).</p> <p>Risques liés à la mise en place d'un drainage en fonction de son type et de son emplacement anatomique.</p> <p>Réalisation de différents types de pose et de fixation des drains. Montage et adaptation de différents types d'appareillages.</p> <p>Anomalies de fonctionnement et actions correctrices.</p> <p>Caractéristiques et utilisation des différents types de nœuds et des différentes techniques de fermeture en fonction des caractéristiques anatomiques du patient.</p> <p>Mise en œuvre des différentes techniques de nœuds.</p> <p>Mise en œuvre des différentes techniques de fermeture.</p> <p>Risques associés à la mise en œuvre des différentes techniques de fermeture.</p> <p>Anomalies de fermeture.</p> <p>Recommandations pédagogiques :</p> <ul style="list-style-type: none"> - pratique simulée (installations chirurgicales au regard de <i>scenarii</i> préétablis, mise en place et fixation de drains, mise en œuvre des techniques de nœuds et fermeture), argumentation des actions menées, analyse critique - réajustement ; - analyse de situations. <p>Durée : 25 heures.</p>	<p>Les risques sont identifiés pour chaque posture et les actions en lien sont énumérées et argumentées.</p> <p>Les postures chirurgicales sont réalisées.</p> <p>La manœuvre de mise en posture est efficace.</p> <p>Les appuis sont positionnés au regard de la posture, de la technique chirurgicale et de la morphologie de l'opéré.</p> <p>Les points d'appui sont protégés.</p> <p>Les règles de sécurité et le confort sont respectés.</p> <p>La mise en œuvre du drainage est conforme et sécurisée.</p> <p>La fixation du drain est correcte.</p> <p>La sécurisation de l'appareillage est assurée. La fonctionnalité est assurée.</p> <p>Les risques sont identifiés.</p> <p>Le choix des fils et aiguilles est argumenté au regard de la suture prescrite et des caractéristiques anatomiques du patient.</p> <p>Les nœuds sont réalisés en respectant la technique et sont efficaces.</p> <p>La suture est conforme aux recommandations établies.</p>

TEXTES OFFICIELS

Objectif : l'infirmier de bloc opératoire doit être capable de réaliser les activités suivantes au cours d'une intervention chirurgicale et en présence du chirurgien :

- aide à la mise en place et au maintien des instruments d'exposition directe et indirecte ;
- aide à la réalisation d'une aspiration ;
- aide à la réalisation d'une hémostase.

PRÉREQUIS	ÉLÉMENTS DE CONTENU	NIVEAU D'EXIGENCE
<p>Anatomie chirurgicale.</p> <p>Définition et principes de l'exposition chirurgicale et de l'écartement.</p> <p>Différents types d'écarteurs selon le type de chirurgie.</p> <p>Risques liés aux différentes expositions au regard de la discipline chirurgicale et de la voie d'abord et actions de prévention et protection.</p> <p>Principes d'aspiration.</p> <p>Caractéristiques des produits d'irrigation. Différentes techniques et matériels d'aspiration, les différentes canules.</p> <p>Risques liés à l'irrigation, à l'aspiration.</p> <p>Autotransfusion et risques liés à la récupération du sang.</p> <p>Physiologie de l'hémostase.</p> <p>Instrumentation liée à l'hémostase : pinces, clamps...</p> <p>Différentes techniques d'hémostase.</p> <p>Risques en lien avec les techniques d'hémostase.</p> <p>Risques liés à la mise en œuvre de processus de physiothérapie (électrocoagulations monopolaires et bipolaires, ultrasons, lasers).</p>	<p>Positionnement des différents types d'instruments d'exposition. Mise en œuvre des différentes techniques d'exposition : manipulation, montage, démontage...</p> <p>Adaptation de la gestuelle de positionnement pour maintenir le champ opératoire approprié.</p> <p>Spécificités de certaines expositions au regard de la discipline chirurgicale et de la voie d'abord.</p> <p>Risques associés à la mise en œuvre et au positionnement. Anomalies liées à l'exposition.</p> <p>Réalisation d'une irrigation.</p> <p>Utilisation de différents moyens d'aspiration.</p> <p>Utilisation et pose d'un système aspiratif de récupération du sang.</p> <p>Risques associés à la mise en œuvre de ces différentes techniques.</p> <p>Mise en œuvre des différentes techniques de nœuds sur les plans profonds.</p> <p>Réalisation de l'hémostase superficielle.</p> <p>Utilisation de différentes techniques d'hémostase.</p> <p>Risques associés à la mise en œuvre des différentes techniques d'hémostase.</p> <p>Recommandations pédagogiques : <ul style="list-style-type: none"> - pratique simulée, argumentation des actions menées, analyse critique - réajustement ; - analyse de situations. </p> <p>Durée : 13 heures.</p>	<p>La technique d'exposition permet le maintien du champ opératoire.</p> <p>Les risques associés à la mise en œuvre et au positionnement sont identifiés.</p> <p>La gestuelle de la manipulation des instruments est adaptée.</p> <p>L'aspiration est efficace et réalisée en toute sécurité.</p> <p>Les risques associés sont identifiés.</p> <p>Les nœuds en profondeur sont efficaces quelle que soit la technique utilisée.</p> <p>L'hémostase est efficace et réalisée en toute sécurité.</p> <p>Les risques associés sont identifiés.</p>

Objectif : l'infirmier de bloc opératoire doit être capable de réaliser les actes suivants au cours d'une intervention chirurgicale, en présence et sur demande expresse du chirurgien :

- aide aux sutures des organes et des vaisseaux sous la direction de l'opérateur ;
- aide à la réduction d'une fracture et au maintien de la réduction au bloc opératoire ;
- aide à la pose d'un dispositif médical implantable (DMI) ;
- injection d'un produit à visée thérapeutique ou diagnostique dans un viscère, une cavité, une artère.

TEXTES OFFICIELS

PRÉREQUIS	ÉLÉMENTS DE CONTENU	NIVEAU D'EXIGENCE
Anatomie chirurgicale. Techniques chirurgicales. Les différents types de suture. Pharmacologie.	Mise en œuvre des différentes techniques de sutures aponevrotiques et musculaires. Maintien de la juste tension du fil lors d'une suture. Anomalies liées aux sutures et risques associés. Mise en œuvre des différentes techniques de traction. Mise en œuvre du maintien de la réduction orthopédique. Risques associés à la mise en œuvre. Analyse de notices de différents types de DMI. Méthode d'analyse de la notice et de transmission des informations appropriées pour la pose du DMI. Spécificités de la technique d'injection dans les viscères, cavités et artères en lien avec l'anatomie de ces organes. Caractéristiques des produits utilisés en lien avec le site d'injection : pharmacologie. Risques associés aux produits et à la nature de l'injection. Recommandations pédagogiques : <ul style="list-style-type: none"> - pratique simulée, argumentation des actions menées, analyse critique - réajustement ; - analyse de situations. Durée : 11 heures.	Les sutures sont efficaces et réalisées en toute sécurité. Les risques associés sont identifiés. Les techniques de traction et de maintien de la réduction orthopédique sont efficaces et réalisées en toute sécurité. Les risques associés sont identifiés. Les informations pertinentes sont sélectionnées et transmises. Les risques spécifiques à la technique d'injection et aux produits utilisés sont identifiés.

⁴ La partie « Formation clinique » est modifiée comme suit :

	NOMBRE	DURÉE
<i>Stages obligatoires</i>		
Chirurgie ostéo-articulaire	2 stages de 4 semaines	8 semaines
Chirurgie viscérale	2 stages de 4 semaines	8 semaines
Stérilisation centralisée	1 stage	1 semaine
Hygiène hospitalière	1 stage	1 semaine
Endoscopie	1 stage	1 semaine
Total		19 semaines

	NOMBRE	DURÉE
<i>Stages optionnels</i>		
Ceux-ci se déroulent dans d'autres disciplines en fonction de l'expérience et des projets professionnels de l'élève ainsi que du projet pédagogique de l'école. Ils ont lieu dans 3 secteurs opératoires différents au minimum. Ils ont une durée au moins égale à 2 semaines		
Total		18 semaines et 3 jours
Total général.....		37 semaines et 3 jours

⁵ Dans la partie « Formation clinique », les mots : « Le volume horaire affecté aux stages est de 1 365 heures, soit 39 semaines de 35 heures. » sont remplacés par les mots : « Le volume horaire affecté aux stages est de 1 316 heures, soit 37 semaines de 35 heures et trois journées de 7 heures. »

Art. 2. – Le directeur général de l'offre de soins est chargé de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait le 12 mars 2015.

Pour la ministre et par délégation :

*Le directeur général
de l'offre de soins,
J. DEBEAUPUI*

TEXTES OFFICIELS

ARRÊTÉ DU 30 DÉCEMBRE 2014 RELATIF À L'ATTESTATION DE FORMATION AUX GESTES ET SOINS D'URGENCE

NOR : AFSP1424355A - JORF n°0010 DU 13 JANVIER 2015 TEXTE n°9

<http://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2014/12/30/AFSP1424355A/jo/texte>

La ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes,

Vu le code de l'action sociale et des familles, notamment son article R. 451-95 ;

Vu le code de la santé publique, notamment ses articles R. 3131-9, R. 6311-5 et D. 6311-19 ;

Vu l'arrêté du 11 mai 2007 relatif à l'organisation, aux attributions et aux moyens du service du haut fonctionnaire de défense sanitaire auprès des ministres chargés des affaires sociales ;

Vu l'arrêté du 24 avril 2012 modifié relatif à la Commission nationale des formations aux soins d'urgence en situation sanitaire normale et exceptionnelle et au fonctionnement des centres d'enseignement des soins d'urgence (CESU) ;

Vu l'avis de la Commission nationale des formations aux soins d'urgence en situation sanitaire normale et exceptionnelle en date du 2 avril 2013,

Arrête :

Section 1 : Dispositions générales

Article 1

L'attestation de formation aux gestes et soins d'urgence prévue à l'article D. 6311-19 du code de la santé publique comprend :

- l'attestation de formation aux gestes et soins d'urgence de niveau 1 destinée à l'ensemble des personnels, non professionnels de santé, exerçant au sein d'un établissement de santé, d'une structure médico-sociale ou dans un cabinet libéral auprès d'un professionnel de santé libéral ;
- l'attestation de formation aux gestes et soins d'urgence de niveau 2 destinée aux professionnels exerçant une des professions de santé mentionnée dans la quatrième partie du code de la santé publique et aux étudiants inscrits dans une université, une école ou un institut de formation préparant à l'obtention d'un diplôme en vue de l'exercice de l'une de ces professions de santé. Cette attestation est également ouverte aux personnes titulaires du diplôme d'Etat d'aide médico-psychologique mentionné à l'article R. 451-95 du code de l'action sociale et des familles ;
- l'attestation de formation spécialisée aux gestes et soins d'urgence en situation sanitaire exceptionnelle destinée aux professionnels de santé et aux personnels ayant vocation à intervenir en cas de situation sanitaire exceptionnelle dans les établissements de santé et les établissements médico-sociaux.

Article 2

La délivrance de l'une de ces attestations est subordonnée à la validation de chacun des modules qui composent la formation, fondée sur la vérification de l'acquisition par le stagiaire des connaissances, des gestes et des comportements adaptés à une situation d'urgence.

Pour l'attestation de formation aux gestes et soins d'urgence en situation sanitaire exceptionnelle, la validation de l'un des trois modules qui la composent donne lieu à la délivrance d'une attestation spécifique correspondant au module enseigné.

Des modèles de chacune des attestations figurent en annexe du présent arrêté.

Section 2 : Attestation de formation aux gestes et soins d'urgence de niveau 1

Article 3

L'attestation de formation aux gestes et soins d'urgence de niveau 1 a pour objet l'acquisition des connaissances permettant l'identification d'une situation d'urgence vitale ou potentielle et la réalisation des gestes d'urgence adaptés à cette situation.

La formation comporte trois modules dont les objectifs et le contenu figurent en annexe 1 du présent arrêté. Sa durée totale est de douze heures.

Elle est réalisée en groupes de dix à douze personnes.

Article 4

La durée de validité de l'attestation de formation aux gestes et soins d'urgence de niveau 1 est de quatre ans.

La prorogation de cette attestation pour une durée équivalente est subordonnée au suivi d'une formation d'une durée d'une demi-journée portant sur une actualisation des connaissances portant sur les gestes et soins d'urgence, en lien avec l'actualité sanitaire et scientifique.

Cette actualisation est réalisée par des formateurs habilités pour la formation aux gestes et soins d'urgence, mentionnés à l'article 6 de l'arrêté du 24 avril 2012 modifié susvisé.

Une attestation de formation est délivrée à la fin de chaque formation par le responsable du centre d'enseignement des soins d'urgence pour lequel le formateur habilité a dispensé l'enseignement.

Section 3 : Attestation de formation aux gestes et soins d'urgence de niveau 2

Article 5

L'attestation de formation aux gestes et soins d'urgence de niveau 2 a pour objet l'acquisition de connaissances permettant l'identification d'une situation d'urgence à caractère médical et à sa prise en charge seul ou en équipe, dans l'attente de l'arrivée de l'équipe médicale.

Les contenus et les durées des modules peuvent être adaptés en fonction des connaissances déjà acquises dans le cadre de l'exercice de la profession et/ou du développement professionnel continu.

La formation comporte trois modules dont les objectifs et le contenu figurent en annexe 2 du présent arrêté. Sa durée totale est de vingt et une heures.

Elle est réalisée en groupes de dix à douze personnes.

Article 6

La durée de validité de l'attestation de formation aux gestes et soins d'urgence de niveau 2 est de quatre ans.

La prorogation de cette attestation pour une durée équivalente est subordonnée au suivi d'une formation d'une journée organisée en continu ou en discontinu, par groupe de 10 à 12 personnes et répartie comme suit :

1° Une demi-journée portant sur une actualisation des connaissances relatives aux urgences vitales, organisée en ateliers pratiques composés de groupes de dix à douze personnes ;

2° Une demi-journée portant sur une actualisation des connaissances en lien avec l'actualité scientifique notamment dans le domaine de la médecine d'urgence ou de l'actualité sanitaire.

Cette actualisation est réalisée par des formateurs habilités pour la formation aux gestes et soins d'urgence, mentionnés à l'article 6 de l'arrêté du 24 avril 2012 modifié susvisé.

Une attestation de formation est délivrée à la fin de chaque formation par le responsable du centre d'enseignement des soins d'urgence pour lequel le formateur habilité a dispensé l'enseignement.

Section 4 : Attestation de formation spécialisée aux gestes et soins d'urgence en situation sanitaire exceptionnelle**Article 7**

L'attestation de formation spécialisée aux gestes et soins d'urgence en situation sanitaire exceptionnelle a pour objet l'acquisition de connaissances nécessaires pour intervenir en cas de situation sanitaire exceptionnelle.

La formation comporte trois modules complémentaires pouvant être enseignés et délivrés séparément et dont les objectifs et le contenu figurent en annexes 3, 4 et 5 du présent arrêté. Sa durée est de :

- trois heures pour le module 1 « principes d'organisation sanitaire en situation exceptionnelle » ;
- sept heures pour le module 2 « moyens de protection individuels et collectifs » ;
- sept heures pour le module 3 « décontamination hospitalière ».

Elle est réalisée en groupes de dix à douze personnes.

Article 8

La durée de validité de l'attestation de formation spécialisée aux gestes et soins d'urgence en situation sanitaire exceptionnelle est de quatre ans.

La prorogation de cette attestation pour une durée équivalente est subordonnée au suivi d'une formation d'une durée d'une demi-journée portant sur une actualisation des connaissances relatives aux risques collectifs en situation sanitaire exceptionnelle, en lien avec l'actualité sanitaire et scientifique. Cette actualisation peut prendre la forme d'exercices ou d'entraînement.

Les personnes formées à l'attestation de formation spécialisée aux gestes et soins d'urgence en situation sanitaire exceptionnelle module 2 ou 3 participent à un entraînement annuel portant respectivement sur le port des tenues de protection ou la mise en œuvre d'une chaîne de décontamination.

La formation est assurée par des formateurs pour les situations sanitaires exceptionnelles dont la formation est assurée par les établissements de santé de référence mentionnés à l'article R. 3131-9 du code de la santé publique.

Une attestation de suivi de formation est délivrée à la fin de la formation par le responsable du centre d'enseignement des soins d'urgence pour lequel le formateur pour les situations sanitaires exceptionnelles a dispensé l'enseignement.

Article 9

Les attestations de formation aux gestes et soins d'urgence délivrées antérieurement à la publication du présent arrêté demeurent valables jusqu'à l'expiration de leur durée de validité.

Article 10

L'arrêté du 3 mars 2006 relatif à l'attestation de formation aux gestes et soins d'urgence est abrogé.

Article 11

Le directeur général de la santé est chargé de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au Journal officiel de la République française.

Les annexes comportant tout le détail de la formation sont consultables sur Légifrance

LE DROIT D'OPTION DANS LA FONCTION PUBLIQUE HOSPITALIÈRE TROIS ANS APRÈS... BILAN

Il y a environ trois ans, l'ensemble des IADE travaillant dans la Fonction Publique Hospitalière (FPH) était consulté pour faire un choix pour la suite de leur carrière, celui dit du « **Droit d'Option** ».

Pour rappel, nous avons le choix de rester dans la **Catégorie A active** en conservant la grille spécifique aux IADE de la FPH sans augmentation de salaire. Ce choix restreignait ceux qui l'avaient choisi à ne plus pouvoir réclamer quoique ce soit jusqu'à la fin de leur activité, cette catégorie était alors dite en « **voie d'extinction** ».

Le départ à la retraite est alors possible à partir de 57 ans.

L'autre choix était de convenir d'être dans une Catégorie dite « **sédentaire** » et d'être rémunéré sur des grilles salariales générales (les grades III et IV ceux réservés aux IADE) qui nous promettaient alors des augmentations de salaire, non négligeables au moment du choix, étalées jusqu'en 2015.

La retraite ne pouvant être demandée avant 60 ans.

Placés devant cette option, avec aussi peu d'éléments, le choix semblait alors évident : Abandonnons tous cette catégorie **active** pour cette nouvelle catégorie dite **sédentaire** et soyons enfin un peu mieux rémunérés.

Toutefois, certains semblaient douter de la validité de ce droit d'option et donc choisissaient délibérément de rester dans une Catégorie en « **voie d'extinction** ».

Trois ans plus tard, nous vous proposons de revenir sur les « **arnaques** » de ce choix de dupes.

Tout d'abord, effectivement, il y a eu une augmentation de revenus souvent d'ailleurs en deçà de ce que nous espérions, mais pour certains cas, non seulement, il n'y a pas eu d'augmentation de salaire mais, il y a même une diminution par rapport à l'avancement qu'aurait été le choix de rester en Catégorie **active**.

Pour cela, de nombreux établissements ont profité de ce changement de grille salariale, pour ralentir les avancées de carrière de leurs IADE. Il a fallu batailler avec acharnement, pour faire prévaloir l'accessibilité au grade IV (appelée Classe Supérieure dans la Catégorie **active**) puisque certains directeurs d'hôpitaux, à la lecture rapide (voire malhonnête ?) ne voulaient appliquer que la possibilité d'évolution qu'après une période minimale de 10 ans dans ce nouveau corps...

Évidemment cela paraissait bien compliqué pour une catégorie n'existant que depuis 2012. A cela, il faut ajouter l'ambiguïté des textes nouveaux puisque le Décret 2010-1139 précise que « **Peuvent être promus au quatrième grade (...) les (...) titulaires du diplôme d'État d'infirmier anesthésiste ou d'une autorisation d'exercer cette profession (...) ayant atteint au moins le 5^e échelon de leur grade (NDLR grade 3) et ayant accompli dix ans de services effectifs dans le présent corps** ».

Bien entendu les directions d'établissements ont retenu le « **peuvent** » et non pas « **doivent** » faire accéder l'agent au grade IV.

Tout ceci n'a bien qu'un but, ralentir au maximum l'évolution de l'agent et donc réaliser des économies. Dans l'ancienne Catégorie **active**, les conditions d'accessibilité à la classe supérieure étaient : 10 ans d'ancienneté dans la FPH et atteindre l'échelon 5 dans la classe normale comme le précise le Décret 88-1077 du 30 novembre 1988 à l'article 4 et le tout n'étant pas soumis à des quotas.

La plus grosse perte, dans ce choix de la Catégorie **sédentaire**, résulte surtout du calcul des **décotes** au moment du calcul de la pension de retraite. Ces **décotes** sont identiques en ce qui concerne la part à déduire mais c'est le calcul du nombre de trimestres qui est alors terriblement péjoratif pour cette nouvelle Catégorie.

La Catégorie **active** bénéficie d'une prime de calcul et qui correspond à une année de bonification toutes les 10 années d'activité.

C'est-à-dire que lorsque l'on travaille 10 ans, les personnels, de la Catégorie **active**, n'ont pas un total de 40 trimestres mais de 44 trimestres. Le négatif, dans cette bonification, est qu'elle ne pourra pas servir dans le calcul direct de la pension de retraite, on dit alors que ces trimestres sont non **liquidables**.

Pour une carrière s'étalant sur une quarantaine d'années, cette perte est donc de 16 trimestres, soit quatre ans de **décote en plus** pour la Catégorie **sédentaire**.

Pour rappel, le nombre de trimestres pour prétendre avoir une retraite dite à taux plein (c'est-à-dire 75 % de son dernier salaire) va aller en augmentant progressivement de 160 trimestres pour celles et ceux né(e)s avant 1948 jusqu'à 172 trimestres pour celles et ceux né(e)s après 1973 soit une augmentation de 3 années pleines (**cf. tableau 1**).

L'autre condition est bien entendu l'âge de départ, de 57 à 62 ans pour la Catégorie **active** et de 60 à 65 ans pour la Catégorie **sédentaire**. Le départ à 60 ans fût d'ailleurs la seule concession car cet âge devait être de 62 à 67 ans.

La **décote** est de **1,25 %** du montant total de la pension de retraite **par trimestre** manquant avec une décote maximale de 20 trimestres (soit $20 \times 1,25 = 25 \%$).

Cela signifie, qu'une carrière amputée de seulement 5 années sera donc pénalisée au maximum.

Par exemple, un IADE sédentaire, né après 1973, ayant commencé sa carrière à l'âge « canonique » de 24 ans et désirant demander l'ouverture de ses droits à la retraite à 62 ans aura, dans ce cas précis, une décote de 25 % contre aucune décote pour un actif.

Pire encore, l'IADE ayant obtenu son Diplôme d'État d'Infirmier à 21 ans (soit aucun redoublement durant sa scolarité) et désirant partir en retraite avec 75 % de son dernier salaire (soit le taux dit « plein ») devra travailler jusqu'à 64 ans et donc ne pourra demander son départ en retraite à 60 ans comme le permet la Loi.

Il est encore une fois à noter que cette **décote**, en termes de pourcentage de pénalité, est équivalente entre la Catégorie **active** et **sédentaire**. En effet, cette décote n'est pas appliquée lorsque l'agent travaille jusqu'à l'âge maximal (62 ans pour les actifs et 65 ans pour les sédentaires).

Si nous nous arrêtons ici, cela serait alors un calcul simple, 75 % de notre dernier salaire auquel il faut retirer une **décote** allant jusqu'à 25 % mais là encore il va falloir tempérer notre calcul en fonction du nombre de trimestres qui ont été cotisés en réalité.

Ainsi le calcul devra donc tenir compte de tous ces paramètres pour arriver à la formule suivante :

$$\frac{\text{Nombres de trimestres cotisés}}{\text{Nombres de trimestres requis}} \times 0.75 \times (\text{décote} = 1 - (0.0125 \times \text{trimestres manquants}))$$

L'énorme avantage pour les IADE restés en Catégorie **active** réside dans le calcul de cette **décote** puisque 16 trimestres viendront l'amoinrir soit un « **non manque** » à gagner maximum de 20 % (16 x 1.25 %) tout en sachant que si la **décote** est encore très grande, elle ne s'appliquera plus à 62 ans soit trois ans avant les IADE ayant choisis la Catégorie **sédentaire**.

Alors, comme nos instances pensent à beaucoup de choses, nous vous rassurons puisque s'il y a **décote**, il y a aussi **surcote** pour ceux qui auraient eu la chance de travailler plus de trimestres que nécessaire.

Là encore, ces cas seront si ce n'est rare, de plus en plus impossible à trouver pour les générations post 1973.

En effet, pour une personne lambda qui obtient son baccalauréat à 18 ans auquel il faut ajouter trois années d'IFSI qui lui permettra de travailler dans le meilleur des cas à 21 ans, soit une fin de carrière 43 ans plus tard à 64 ans et un âge maximal pour partir en retraite de 65 ans aura une surcote possible de 4 trimestres ou encore 5 %. Vous nous accorderez le fait, que ces cas seront plus que minoritaires.

L'autre grande révolution fût également l'impossibilité depuis janvier 2013 de pouvoir faire valider ses années d'études auprès de la CNRA. Nous ne pouvons plus racheter nos

années d'études pour éviter une trop grande **décote**, lors du calcul de notre retraite.

Au total le choix dit, du **Droit d'Option**, fût une volonté de masquer une future très grande précarisation de nos retraités contre la promesse d'une très symbolique augmentation de nos revenus durant notre période active.

Aujourd'hui le scandaleux terme de **sédentaire**, est malheureusement ancré et notre volonté de vouloir faire reconnaître notre **pénibilité** est très compliquée puisque nos instances nous rétorquent que seul notre choix éclairé (nous avons signé pour changer de catégorie) nous a fait perdre cette dénomination.

Il nous faudra donc, à tous, travailler dans un sens commun afin de rattraper cette terrible injustice.

Il va falloir obtenir une grille salariale pour tous à la hauteur de nos compétences et reconnaissant une pénibilité qui nous était acquise en catégorie A Active.

Sébastien Bellet

Eric Vast

Membres du bureau syndical SNIA

29 avril 2015

Tableau 1 : Condition de durée d'assurance

Nombre de trimestres d'assurance requis pour bénéficier d'une retraite à taux plein avant la limite d'âge, en fonction de l'année de naissance

Année de naissance	Durée d'assurance requise pour bénéficier d'une retraite à taux plein
1948 (ou avant)	160 trimestres (40 ans)
1949	161 trimestres (40 ans et 3 mois)
1950	162 trimestres (40 ans et 6 mois)
1951	163 trimestres (40 ans et 9 mois)
1952	164 trimestres (41 ans)
1953	165 trimestres (41 ans et 3 mois)
1954	165 trimestres (41 ans et 3 mois)
1955	166 trimestres (41 ans et 6 mois)
1956	166 trimestres (41 ans et 6 mois)
1957	166 trimestres (41 ans et 6 mois)
1958, 1959 ou 1960	167 trimestres (41 ans et 9 mois)
1961, 1962 ou 1963	168 trimestres (42 ans)
1964, 1965 ou 1966	169 trimestres (42 ans et 3 mois)
1967, 1968 ou 1969	170 trimestres (42 ans et 6 mois)
1970, 1971 ou 1972	171 trimestres (42 ans et 9 mois)
1973 et après	172 trimestres (43 ans)



Le service de santé des armées recrute toute l'année des IADE pour ses hôpitaux

Blocs opératoires récents, outils performants, équipes dynamiques



Missions extérieures ponctuelles dans les hôpitaux médico-chirurgicaux et antennes chirurgicales déployés à l'étranger pour le soutien des militaires français (Centrafrique/ Mali/Tchad...) et pour des missions humanitaires (réfugiés syriens/séisme Haïti...). Des formations spécifiques préparent à ces missions.

Profil

- Nationalité française
- Diplôme d'État d'infirmier anesthésiste
- Pas d'expérience exigée
- Adhésion aux valeurs militaires

Statut

- Militaire infirmier et technicien des hôpitaux des armées (MITHA), sous-officier
- Grille indiciaire identique à celle de la fonction publique hospitalière + primes
- Contrat initial de 3 ans renouvelable



Le service de santé des armées

Qui sommes-nous ?

15 800 femmes et hommes, civils et militaires, dont 4 500 paramédicaux.

Les professionnels de santé du SSA sont tous diplômés d'État et suivent des formations spécifiques à l'exercice en milieu militaire.

Notre cœur de métier

Être au plus près des combats pour offrir aux blessés la meilleure chance de survie et de récupération fonctionnelle, avant évacuation vers nos hôpitaux. Préparer les militaires sur le plan médical et suivre leur état de santé tout au long de leur vie.

Acteur de santé publique

8 hôpitaux d'instruction des armées ouverts à tous les assurés sociaux, intégrés dans le territoire de santé. Participation aux actions gouvernementales de réponse aux crises sanitaires (grippe, SRAS, Ebola...)

📞 Section recrutement : 01 41 93 27 85 ou 25 09

www.defense.gouv.fr/sante

au cœur de vos ambitions...



Centre de Diagnostic et de traitement chirurgical et interventionnel des pathologies **THORACIQUES** et **CARDIO-VASCULAIRES**,

LE CENTRE CHIRURGICAL MARIE LANNELONGUE

met à la disposition des patients les meilleures compétences professionnelles et les techniques les plus performantes (Centre de Greffes)

Pour contribuer à l'action de ses équipes, le Centre recherche

Infirmiers(ères) Anesthésistes D.E

• Pour son bloc cardio-thoracique

Intégration et tutorat - Reprise d'ancienneté 100%
Postes en CDI 12h - Temps partiel possible - Participation aux astreintes - Mutuelle possible - Possibilité de logement.

Adresser lettre de motivation et C.V. au :

Centre Chirurgical MARIE LANNELONGUE
Mme CARPENTIER
Direction des Ressources Humaines

133 avenue de la Résistance
92350 Le Plessis Robinson

Tél : 01.40.94.87.95 E-mail : recrutement@ccml.fr



Marie Lannelongue
CENTRE CHIRURGICAL

Pour mieux nous connaître : www.ccml.fr



CENTRE HOSPITALIER DE LONGJUMEAU
à 15 km au Sud de Paris dans l'ESSONNE

RECRUTE IADE et IBODE

Renseignements :
Direction des Soins - 01 64 54 31 06
ou e-mail : ds-longjumeau@gh-nord-essonne.fr

Envoyer CV et lettre de motivation à La DRH
e-mail : secretariatdrh-chl@gh-nord-essonne.fr

MUTATION/CONTRAT/VACATION.

Specialités orthopédie, viscéral, urologie, gynécologie, obstétrique, ORL, OPH, chirurgie maxillo-faciale, sur 2 blocs.

Possibilité de logement et de place de crèche.



L'hôpital universitaire Robert-Debré

Hôpital de la mère, de l'enfant et de l'adolescent

Recrute (H/F)

IDE, PUER, IADE, IBODE, AXP

(horaires en 12h ou 8h - jour/nuit, grande équipe)

CADRE DE SANTÉ (horaires en 9h)

Cadre supérieur de santé en chirurgie

Pédiatrie médicale - Maladies digestives et respiratoires

Bloc commun - Département d'Anesthésie-Réveil - Coordination de nuit




Venez rejoindre notre hôpital pour réaliser votre projet professionnel

Nous vous proposons des contrats d'apprentissage, des contrats d'allocation d'études, des formations qualifiantes et d'intégration, des formations par e-learning. Le personnel bénéficie de structures sociales (crèche, médiathèque).

Contact recrutement : Direction des soins et des activités paramédicales

01 40 03 24 53 - recrutement.soins@rdp.aphp.fr

ASSISTANCE PUBLIQUE  HÔPITAUX DE PARIS

 Hôpital-universitaire-Robert-Debré

Hôpital universitaire Robert-Debré
48, boulevard Sérurier - 75019 Paris
01 40 03 20 00
<http://robertdebreparis.aphp.fr>

Méto
Lignes 3 bis et 11 : Porte des Lilas
Ligne 7 bis : Pré-Saint-Gervais
Tramway : T3 : Hôpital Robert-Debré

Bus
PC2 : Hôpital Robert-Debré
48 : Porte du Pré Saint-Gervais
61 et 96 : Porte des Lilas

Parking attribué
au personnel selon les conditions du règlement intérieur



Clinique 
Saint - Michel

MédiPôle
Partenaires

Contact :

04 68 96 62 05
ou par mail :

stephane.rama@cliniquesaintmichel.com

Clinique Médico-chirurgicale de 60 lits et places, située à 40 km de Perpignan,

recherche 1 IADE temps plein

pour bloc opératoire de 3 salles + 1 salle d'endoscopies digestives

Travail du lundi au vendredi de 7h30 à 14h30.

Pas d'astreinte, ni de travail le week-end.

Chirurgie orthopédique, viscérale, ORL et ophtalmologie.



CENTRE HOSPITALIER
Carcassonne

Situé à 90 km de Toulouse et 70 km de la Méditerranée dispose de 493 lits, places et postes pour les activités de soins sur le nouvel hôpital - 290 lits d'hébergement - 200 lits (dont 30 d'ULD) sur le nouvel EHPAD les Rives d'Ode et 90 lits à l'EHPAD d'Iéno - 15 places d'accueil de jour (au sein de l'EHPAD les Rives d'Ode).

Son bloc opératoire est composé de : 7 salles conventionnelles dont une dédiée à la prise en charge des urgences obstétricales, une salle de radiologie interventionnelle et 3 salles d'endoscopie ■ La SSPI est découpée en 2 salles contiguës de 11 poste chacune. Les vacations opératoires sont ouvertes du lundi au vendredi, de 8h à 17h et réparties par praticiens après analyse de l'activité et validation en conseil de bloc.

Grade requis : Titulaires des diplômes de cadres de santé IBODE et IADE. Titulaires du diplôme d'IADE.

Les fiches de poste plus détaillées peuvent être obtenues sur simple demande à l'adresse : offredemploi.drh@ch-carcassonne.fr

Merci d'adresser votre candidature à : offredemploi.drh@ch-carcassonne.fr

Madame le Directeur des Ressources Humaines - Centre Hospitalier - 1030 Chemin de la Madeleine - 11010 Carcassonne - Tél. : 04 68 24 20 36

RECRUTE
UN CADRE IADE
UN (E) IADE
UN CADRE IBODE

Vous êtes infirmiers(ères) anesthésistes ? A temps plein ou à temps partiel ? Le Groupe Hospitalier de la Région de Mulhouse et Sud-Alsace recrute.

Evoluez et gagnez en professionnalisme

Le pôle est composé de 4 secteurs d'anesthésie et de la réanimation chirurgicale

- 1 secteur de chirurgie cardiaque,
- 1 secteur de chirurgie digestive, urologique et vasculaire ainsi que l'activité d'endoscopie digestive
- 1 secteur d'anesthésie des spécialités d'orthopédie-traumatologie, chirurgie plastique et reconstructrice, ophtalmologie, otorhinolaryngologie, chirurgie de la main et du pied
- 1 secteur des spécialités de gynécologie obstétrique au bloc opératoire et en secteur de naissance

Sont réalisés environ 20 000 actes d'anesthésie par an sur un total de 21 salles.
L'équipement des sites est uniformisé. L'informatisation du dossier d'anesthésie ainsi que de la feuille d'anesthésie sont en cours.

Possibilité de mobilité interne entre secteur d'anesthésie et de la réanimation chirurgicale.
Politique de formation continue.

Rejoignez le GHR Mulhouse Sud-Alsace
et les valeurs qui font la noblesse du service hospitalier

Evoluez et gagnez en qualité de vie

Le GHR Mulhouse Sud-Alsace vous propose :

- la mise en stage dès le recrutement
- la possibilité de travailler à temps partiel
- des prestations sociales (chèques vacances, chèques livre-disque, billetterie à tarif réduit, remise sur l'achat d'une voiture,...)
- un accueil en crèche
- aide à la recherche d'un appartement

Envoyez votre lettre de motivation et CV par Email :
bronnere@ch-mulhouse.fr

Pour tous renseignements complémentaires : Mme FAIT
Cadre du pôle d'anesthésie et de la réanimation chirurgicale
Tél : 03 89 64 66 12
fait@ch-mulhouse.fr



Le Centre Hospitalier de Villefranche de Rouergue (Aveyron) recherche deux IADE,

en vue de pourvoir un poste prochainement vacant pour son bloc opératoire. Le bloc opératoire se compose de 10 salles d'intervention et d'une salle de surveillance post-interventionnelle (SSPI) équipée de 8 lits. L'activité opératoire s'articule autour des disciplines suivantes : orthopédie-traumatologie, viscérale, endoscopie, gynéco-obstétrique, urologie, ophtalmologie, ORL, bloc maternité...



Lieu de travail : Centre Hospitalier de Villefranche de Rouergue (1h30 de Toulouse)

Prise de fonction : août/septembre 2015

Envoyer votre candidature à l'adresse ci-dessous :

Centre Hospitalier La Chartreuse - Direction des Ressources Humaines - Ave Caylet - BP299 - 12200 Villefranche de Rouergue

Candidature par mail acceptée : secretariat.personnel@ch-villefranche-rouergue.fr

Contact : Mme JOULIE - Directeur des soins - Tél. : 05 65 65 30 58 | Mme DESBOIS - Cadre de santé bloc opératoire - 05 65 65 36 81

Le CH de Belley recrute un infirmier(e) anesthésiste Diplômé(e) d'Etat - IADE (H/F)

Bloc opératoire pluridisciplinaires : 3 salles de bloc orthopédique traumatologique, digestive, urologique, stomatologique et 2 salles de bloc obstétrical, 1 salle d'endoscopie • 3 200 actes sous anesthésie
• L'équipe : 6 IADE - 2 infirmiers en salle de réveil • CDD renouvelable, possibilité CDI et titularisation • Horaire en 10h avec astreinte rémunérée au 1/3 • Poste temps plein ou temps partiel
• Possibilité d'une chambre de garde dans l'établissement.

Le centre hospitalier Dr Récamier de Belley est rattaché au territoire de Santé Est de la région Rhône-Alpes. Il dessert un bassin de population de 50 000 habitants qui correspond au Bugey-sud. Il dispose des disciplines et spécialités médicales et chirurgicales répondant au besoin de prise en charge de proximité :

- Médecine (pneumologie, rhumatologie, cardiologie, gastro-entérologie, oncologie médicale, digestive et thoracique, addictologie, diabète-endocrinologie, infectiologie, neurologie - EMG, HDJ pied diabétique, consultations plaies et cicatrisation).
- Un service de soins de suite et réadaptation polyvalent.
- Un service de gériatrie : médecine aigüe gériatrique, SSR gériatrique, consultations mémoire, un hôpital de jour gériatrique.
- Maternité obstétrique/pédiatrie.
- Un pôle de soins critiques : urgences-SMUR, unité de surveillance continue, unité d'hospitalisation de courte durée.
- Un plateau technique : imagerie médicale (scanner, échographe, mammographe, 3 salles de radiologie numérique, accès IRM sur le CH Métropole Savoie), bloc opératoire de 5 salles, laboratoire, pharmacie et stérilisation.
- Un EHPAD de 185 lits, établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.



Localisation : A ½ heure de Chambéry et Aix-les-Bains.

A ¼ d'heure de l'aéroport Lyon St Exupéry.

A 1h de Lyon - Genève - Grenoble.

Proches des montagnes et lacs alpins.

www.ch-belley.fr



Contact : Mme ABBA - en charge du recrutement - 04 79 42 59 66 | Mme CAGLIONI - Cadre de santé - 04 79 42 57 78 | Mail : recrutement@ch-belley.fr

LE CHU DE NICE RECRUTE DES INFIRMIER(E)S ANESTHESISTE(S) D.E.

Pour renforcer son équipe des blocs opératoires (ouverture d'un nouvel établissement).

En CDI ou titulaire de la fonction publique.

Planning en 8, 10 ou 12 heures, à temps plein ou temps partiel.

Mobilité possible au sein des blocs opératoires de l'établissement.

Salaire 1860 € net échelon 4 catégorie A.



CV + LM à adresser à CHU de Nice - DRH service recrutement - 4 avenue Reine Victoria - BP 1179 - 06003 NICE cedex 1
Ou par courriel : catenacci.v@chu-nice.fr - Tél. : 04 92 03 46 18



Centre Hospitalier Régional
Universitaire de Lille

Vous êtes **infirmier(ière) anesthésiste jeune diplômé(e) ou confirmé(e)**, le CHRU de Lille vous propose de venir travailler au sein d'un établissement offrant 86 salles interventionnelles réparties dans 14 blocs opératoires regroupant toutes les spécialités, 14 SSPI et 16 autres sites.

REJOIGNEZ L'ÉQUIPE IADE DU CHRU DE LILLE



La pluridisciplinarité rencontrée permet de développer des compétences dans divers domaines et est riche d'enseignements. Le CHRU permet de développer des connaissances dans le domaine du soin mais aussi de la recherche. Les agents travaillant au sein des blocs opératoires travaillent sur des amplitudes horaires de journée.

LE CHRU DE LILLE
RECRUTE

Recrutement - Mise en stage rapide - Reprise d'ancienneté - Evolution -
Prime de service - Mobilité au sein de l'établissement - Prime d'installation
sous condition - Formation continue réelle et accessible

Adressez votre candidature avec CV

Direction des Ressources Humaines - CHRU de Lille - CS 70001 - 59037 LILLE CEDEX

NORD-PAS-DE-CALAIS

ME

Medi-Emploi Sàrl

Placement de personnel paramédical

**Recherche
pour la Suisse**

Infirmier(e) anesthésiste - IADE

Notre cabinet de recrutement propose des CDD de 6 à 12 mois et des CDI en Suisse.

- Établissements publics et privés (de 3 à 19 salles).
- Toutes disciplines chirurgicales.
- Reprise de l'ancienneté et bonnes conditions de travail.
- Jeunes diplômés également bienvenus.
- Diplôme et nationalité européens requis.

Nous prenons le temps de vous informer et vous accompagner dans cette nouvelle étape professionnelle.

Medi-Emploi Sàrl - CP 1270 - 1260 Nyon 01 - Suisse - Tél. : 0041 22 362 15 53 - info@mediemploi.ch
www.mediemploi.ch

SUISSE



LA CLINIQUE AMBROISE PARÉ DE CONAKRY EN GUINÉE RECHERCHE

Des infirmiers anesthésistes

Diplômés d'Etat - Poste sur le site minier du Simandou, projet de la compagnie Rio Tinto



Son activité se fera en alternance dans une unité médicale et sur un point de forage, en équipe avec un médecin urgentiste et des infirmiers locaux.

Son rôle s'articulera autour des urgences, les sorties ambulances, transport terrestre, par hélicoptère, par avion, maintien de l'unité médicale, encadrement et formation des infirmiers locaux, contrôle du médicament.

Il travaillera 6 semaines (ON) en alternance avec 6 semaines de repos (OFF) de retour chez lui.

Le salaire est de 4500 euros par mois, en ON comme en OFF, en CDD.

Contact : Dr Saad Nabil - Tél. : 00 224 628 35 10 10 - Mail : capconakry@yahoo.fr - www.cliniqueambroisepare.com

GUINÉE

Infirmier(e)s Anesthésistes

pour être informés,

représentés,

conseillés,

adhérez au :



www.snia.net

Syndicat National des Infirmiers Anesthésistes

157 Rue Legendre - 75017 PARIS

Tel. : 01.40.35.31.98

Fax : 01.40.35.31.95

e-mail : snia75@snia.net