



HAL
open science

Les compétences de l'infirmier anesthésiste au SMUR, reconnaissance et enjeux

Gurvan Montfort

► **To cite this version:**

Gurvan Montfort. Les compétences de l'infirmier anesthésiste au SMUR, reconnaissance et enjeux. Sciences du Vivant [q-bio]. 2023. dumas-04234410

HAL Id: dumas-04234410

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04234410>

Submitted on 7 Dec 2023

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0
International License



Institut de Formation des Professionnels de Santé,
École Infirmiers Anesthésistes Diplômés d'État de Brest
Hôpital de la Cavale Blanche
Boulevard Tanguy Prigent, 29609 BREST

Les compétences de l'infirmier anesthésiste au SMUR, reconnaissance et enjeux

MONTFORT Gurvan

En vue de l'obtention du Diplôme d'État d'infirmier anesthésiste

Promotion 2021-2023

Session juillet 2023

Sous la direction de :

Monsieur Marc Beaumont

« La façon dont on trouve n'est pas celle dont on prouve »

Albert Einstein.

Remerciements

Ce travail illustre et clôture mes 2 années d'études, je tiens donc particulièrement à remercier mon directeur de mémoire Mr Marc Beaumont pour son accompagnement.

Je souhaite également remercier l'équipe pédagogique de l'école d'anesthésie, Madame Elizabeth Chapalain, Mr Guénoles Tanguy et Mr David Bronnec.

Mes remerciements vont aussi aux professionnels, médecins et cadres de santé qui ont accepté de se rendre disponibles et de participer à mon étude.

Enfin, je tiens à remercier toutes les personnes qui ont contribué de près ou de loin à l'écriture de mon mémoire de recherche.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	1
PARTIE 1	3
1 L'IDENTITE DE L'IADE, UNE IDENTITE HISTORIQUE FONDEE SUR LE COMBAT POUR EXISTER	3
2 LA FORMATION ET LES COMPETENCES DE L'IADE	9
2.1 LA FORMATION DE L'IADE	9
2.2 LES COMPETENCES DE L'IADE	9
2.3 LA FORMATION ET LES COMPETENCES DE L'IADE SPECIFIQUES A L'URGENCE	11
3 L'IADE AU SMUR ETAT DES LIEUX	13
4 L'EXERCICE DES COMPETENCES DE L'IADE EN DEHORS DU BLOC OPERATOIRE.	17
5 LA MEDECINE D'URGENCE EN FRANCE	20
5.1 DEFINITION ET REPERES HISTORIQUES	20
5.2 LA MEDECINE PREHOSPITALIERE, DE « L'OXYOLOGIE » AU SAMU	23
6 LE SMUR	25
6.1 ASPECT LEGISLATIF	25
6.2 MISSION ET ORGANISATION	25
6.3 MOYENS HUMAINS	27
6.4 FORMATION ET COMPETENCES	27
6.4.1 <i>Formation</i>	27
6.4.2 <i>Les compétences propres à l'activité préhospitalière</i>	30
6.4.3 <i>Les cas particuliers des TIH</i>	32
SYNTHESE	34
PARTIE 2	35
1 MATERIELS ET METHODES	35
1.1 OBJECTIFS DE L'ETUDE	35
1.2 CHOIX DU TYPE D'ETUDE	35
1.3 TYPE D'ETUDE ET POPULATION	36
1.4 MESURES ET PROCEDURES	37
1.5 LE DEROULEMENT	39
2 ANALYSE DE CONTENU	39
2.1 PREANALYSE	39
2.2 EXPLOITATION	40

2.2.1	<i>Échantillon</i>	40
2.2.2	<i>Exploitations des entretiens</i>	42
3	ANALYSE DES RESULTATS	45
3.1	LA MOBILISATION ET LA VALORISATION DES COMPETENCES DE L'IADE	45
3.2	CONNAISSANCES SUR LA PROFESSION D'INFIRMIER ANESTHESISTE	48
3.3	PERCEPTION DE LA DIFFERENCE ENTRE IDE ET IADE	51
3.4	L'IADE ET LE SMUR	53
3.4.1	<i>Dans l'organisation</i>	53
3.4.2	<i>Sur le terrain</i>	54
3.4.3	<i>Sur la question de la place de l'IADE au SMUR</i>	55
3.4.4	<i>Sur l'impact d'une disparition des IADE au SMUR</i>	57
4	DISCUSSION	59
4.1	LA CONNAISSANCE DE LA PROFESSION D'INFIRMIER D'ANESTHESISTE	59
4.2	LA MOBILISATION ET LA RECONNAISSANCE DES COMPETENCES DE L'IADE AU SMUR	60
4.3	LES ENJEUX DE L'IADE AU SMUR	63
4.4	LIMITES ET FORCES DE L'ETUDE	67
4.5	ÉLÉMENTS D'OUVERTURE	68
	CONCLUSION	69
	REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	70
	LISTE DES TABLEAUX	74
	LISTE DES ILLUSTRATIONS	75
	LISTE DES ANNEXES	1
	ANNEXE 1	2
	<i>Article des annales Françaises de médecine d'urgence</i>	2
	ANNEXE 2	4
	<i>Liste des UE en lien avec la médecine d'urgence</i>	4
	ANNEXE 3	8
	<i>Guide d'entretien</i>	8
	ANNEXE 4	12
	<i>Retranscriptions des entretiens</i>	12
	ANNEXE 5	25
	<i>Grille d'analyse</i>	25

Liste des abréviations

ACR	Arrêt cardio-respiratoire
AMPA	Auxiliaire médicale en pratique avancée
CAMU	Certificat d'aptitude à la médecine d'urgence
CH	Centre hospitalier
CHIC	Centre hospitalier de Cornouailles
CHIV	Centre hospitalier de Villeneuve-Saint-Georges
CHRU	Centre Hospitalier régional Universitaire
CHU	Centre Hospitalier
CSP	Code de santé publique
DESC	Diplôme d'études spécialisées complémentaires
DGOS	Direction générale de l'offre de soins
DIU	Diplôme interuniversitaire
DRESS	Direction de la recherche, des études de l'évaluation et des statistiques
DU	Diplôme universitaire
GRH	Gestion des ressources humaines
HTIC	Hypertension AVC intracrânienne
IADE	Infirmier anesthésiste diplômé d'État
IAA	Infirmier auxiliaire d'anesthésie
IDE	Infirmier diplômé d'État
IGAS	Inspection Générale des affaires sociales
IPA	Infirmier de pratique avancée
ISAR	Infirmier spécialisé en anesthésie réanimation
ISGS	Infirmiers en soins généraux et spécialisés
MACSF	Mutuelle d'assurance du corps de santé Français
MAR	Médecin anesthésiste réanimateur
MCO	Médecine chirurgie obstétrique
ONI	Ordre national des infirmiers
RH	Ressources humaines
SAMU	Service d'aide médicale urgente
SFAR	Société française d'anesthésie réanimation

SFMU	Société française de médecine d'urgence
SMUR	Structure mobile d'urgence et de réanimation
SNIA	Syndicat national des infirmiers anesthésistes
SNIAA	Syndicat national des infirmiers anesthésistes
SOFIA	Société française des infirmiers anesthésistes
UMH	Unité mobile d'urgence
SSPI	Salle de surveillance post-interventionnelle
TIIH	Transport infirmier intrahospitalier
VVP	Voie veineuse périphérique

Introduction

Chaque matin, des infirmiers anesthésistes du SMUR¹ vérifient soigneusement le matériel pour être prêts à être, à tous moments, engagés sur des interventions où la priorité sera potentiellement de sauver une vie.

Une prérogative commune aux différentes catégories de professionnels, médecins, infirmiers, infirmiers spécialisés, aides-soignants, ambulanciers qui œuvrent chaque jour dans les services d'urgences en France.

Surnommé l'IADE par les autres professionnels de la spécialité, l'infirmier anesthésiste diplômé d'État au SMUR est reconnu comme un professionnel paramédical spécialisé avec des aptitudes techniques qui lui sont spécifiques tel que l'intubation.

Pourtant, une phrase prononcée bien avant mon entrée à l'école d'infirmier anesthésiste a amorcé ce travail de recherche.

« Si tu veux monter dans un SMUR, ce n'est pas IADE que tu dois faire »

Pourquoi l'IADE ne serait-il plus *« le personnel idéal pour le bon fonctionnement d'un SMUR »* (Barrier, 1994)

Même si « monter dans un SMUR » ne faisait pas partie des motivations premières à m'engager dans ce cursus de formation, mes premières expériences professionnelles avec des IADES ont été vécues avec des IADES du SMUR.

La formation nous fait entrer dans un processus de construction identitaire, en recherche d'ancrage, j'ai donc souhaité m'intéresser à cette identité de l'IADE au SMUR.

Lors de mes premières lectures et recherches sur le sujet, quelques constats sont apparus. L'IADE se reconnaît dans le domaine de compétence de l'urgence et notamment du préhospitalier, mais sa place au SMUR aujourd'hui est questionnée.

En interrogeant les IADE sur le terrain, ceux-ci le verbalisent pour la plupart et reconnaissent aussi un ancrage important à cette identité.

Au cours d'échanges avec des étudiants de l'école, j'ai pu constater que parmi leurs motivations à passer le concours et entamer une formation de 24 mois, la possibilité de « monter » dans une ambulance du SMUR en faisait partie.

¹ Structure mobile d'urgence et de réanimation. Au niveau verbal, l'habitude est de dire : IDE du SMUR, médecin du SMUR...

Ce sujet, je l'ai mis en perspective avec l'article « *Quelle place pour l'infirmier anesthésiste dans la médecine d'urgence de demain ?* » (Braun et al., 2016) (Annexe I), ce qui m'a permis de dégager une problématique :

Les spécificités et les compétences de l'IADE dans le domaine de l'urgence.

Ce travail de recherche comporte deux parties. La première, conceptuelle, explore dans un premier temps l'identité même de l'infirmier anesthésiste. Dans un deuxième temps nous décrivons la formation et les compétences de l'IADE notamment en préhospitalier. Puis, nous réalisons un état des lieux de l'IADE au SMUR et nous nous intéressons à l'exercice de ses compétences en dehors du bloc opératoire. Pour terminer cette première partie, nous ferons un focus sur la médecine préhospitalière et les SMUR en France.

La deuxième partie décrit, analyse et commente la recherche afin de tenter de répondre à cette question :

Comment les compétences spécifiques de l'IADE sont-elles reconnues et mobilisées au SMUR et quels en sont les enjeux ?

Nous concluons enfin ce travail en exposant les limites de la recherche.

Partie 1

1 L'identité de l'IADE, une identité historique fondée sur le combat pour exister

Le ministère de la Santé définit l'IADE en ces termes :

L'infirmier anesthésiste est un infirmier spécialisé : ce professionnel a plus spécifiquement en charge la sécurité du patient au cours de son anesthésie, que celle-ci soit générale ou locale, qu'elle ait lieu au bloc opératoire, dans le cadre de la médecine d'urgence ou de la prise en charge de la douleur. (Ministère de la Santé et de la Prévention, 2023)

Derrière cette définition aussi claire et précise soit-elle de la profession, se cache une lente évolution pour la définition d'une identité professionnelle et sa reconnaissance par le milieu médical et la société.

Avant de devenir une spécialité en médecine, l'anesthésie a d'abord été une activité parallèle voir périphérique à la chirurgie.

D'une activité pratiquée en toute discrétion par quelques initiés, le développement de l'anesthésie est lié aux progrès de la médecine notamment au XIXe siècle, aux grandes épidémies et aux conflits armés à travers le monde.

C'est l'utilisation de l'éther en 1846, utilisé pour la première fois pour une anesthésie, de même que le chloroforme l'année suivante qui vont dessiner le début de l'anesthésie.

Et ce sont des infirmières outre-Atlantique, aux États-Unis, qui vont pratiquer en premier et de façon plutôt marginale l'anesthésie.

Elles devront combattre plus de 30 ans pour faire reconnaître l'existence de leur pratique souvent confondue avec une pratique de la médecine perçue comme illégale.

Des combats qui ont été menés jusque devant les tribunaux par Dagmer Nelson, médecin anesthésiste et Agatha Hodgins, infirmière.

Et c'est en juin 1931 qu'Agatha Hodgins fonde l'Association nationale des infirmières anesthésistes (National Association of Nurse Anesthetists:NANA).

Grâce à une organisation puissante et organisée, elle obtiendra la reconnaissance politique, économique et publique de la fonction d'infirmière anesthésiste.

Aujourd'hui devenue l'American Association of Nurse Anesthetists : AANA est une référence pour tous les IADE. Elle est l'association professionnelle de l'anesthésie la plus ancienne aux USA.

En France la profession d'infirmier d'anesthésiste n'existait pas avant la Deuxième Guerre mondiale. C'est la présence d'infirmières anesthésistes dans l'armée américaine qui va initier l'organisation de l'anesthésie dans l'Hexagone.

Tout comme aux États-Unis, son évolution va se faire au gré des progrès scientifiques, mais également au gré de luttes sociales et professionnelles pour acquérir une reconnaissance plusieurs fois remise en cause.

En 1947, les premières formations en anesthésie sont enseignées, puis en 1949 la première école d'anesthésie destinée aux paramédicaux ouvre ses portes à Saint-Germain-en-Laye (78) délivrant une attestation à la pratique de l'anesthésie après un cursus d'un an.

De 1960 au 7 décembre 1991, date de création du Diplôme d'État d'Infirmier(e) Anesthésiste, vont se succéder de nombreuses périodes de luttes pour faire reconnaître la profession, voire pour éviter de la faire disparaître.

En 1960, les médecins anesthésistes remettent en cause la création d'un statut pour les infirmiers pratiquant l'anesthésie dans un milieu où la réglementation est encore quasi inexistante.

Une formation voit le jour. Elle est sanctionnée cette fois-ci par un certificat qui valide le statut d'infirmiers aide- anesthésiste. Ces derniers entrent dans le corps des infirmiers spécialisés (infirmier auxiliaire en anesthésie) et deviennent les seuls paramédicaux à pouvoir pratiquer l'anesthésie.

Le temps où, des chauffeurs, épouses et secrétaires pratiquaient l'anesthésie dans un cadre réglementaire obscur, est révolu.

Tandis qu'en 1964, la création des départements d'anesthésie retire la dépendance des médecins anesthésistes vis-à-vis des chirurgiens, en 1967 une possible suppression des IAA remet en cause l'existence de la profession.

Sous l'impulsion du SNIAA (Syndicat national des infirmiers auxiliaires d'anesthésie), un nouveau programme de formation et l'ouverture de plusieurs écoles d'infirmiers anesthésistes voient le jour en 1971.

En 1974, les syndicats de médecins anesthésistes déposent un amendement au Parlement pour faire disparaître progressivement les IAA qui évoluent bien malgré eux dans un cadre mal défini.

La mobilisation des IAA et des directeurs d'hôpitaux avec le soutien de nombreux médecins anesthésistes permettra une nouvelle fois de « sauver » le statut des IAA, tout en initiant une transformation devenue indispensable pour continuer à exister.

L'évolution de la chirurgie, amenant des patients plus lourds et une prise en charge plus complexe durant les années 1980, va transformer l'anesthésie en une spécialité médicale à part entière.

Pourtant en 1981, les IAA manquent encore de disparaître lors de la refonte du décret d'exercice de la profession d'infirmier.

Ils doivent, une nouvelle fois, se mobiliser pour présenter une liste de gestes pratiqués par les IAA (plus de 100) contribuant à l'anesthésie générale.

L'ajout de la mention « anesthésie générale » dans les décrets infirmiers de 1981 et 1984 valide définitivement la profession d'infirmier anesthésiste dont l'existence ne pourra plus être contestée.

Pour autant, les compétences ne semblent pas toujours reconnues. Il faudra attendre 1988 pour que les infirmiers anesthésistes obtiennent l'exclusivité de compétence en anesthésie-réanimation et un titre professionnel rattaché (infirmier spécialisé en anesthésie-réanimation, ISAR).

Enfin en 1991, la mobilisation des infirmiers anesthésistes va permettre la sanction de leurs études par un diplôme d'État. Ils sont désormais infirmiers anesthésistes diplômés d'État : IADE.

Mais la reconnaissance par la création du diplôme d'état ne va pas stopper la poursuite des efforts de toute une profession pour faire reconnaître la spécialisation des IADE comme spécialité de haute technicité.

Seule une organisation professionnelle forte, avec le soutien de tous peut conduire tous ces combats... Rien n'est jamais acquis. Cinquante années pour obtenir un statut professionnel peuvent paraître longues, mais l'essentiel était, non seulement de suivre, mais aussi de développer et de progresser dans tous les domaines. (Balagny, 2008)

L'arrêté du 23 juillet 2012 du CSP relatif à la formation conduisant au diplôme d'état d'infirmier anesthésiste instaure le grade master à la profession, cette réingénierie de la formation offre une reconnaissance qui légitime la qualification des IADE.

En 2017, les compétences de l'IADE sont modifiées voire élargies. Le décret du 10 mars 2017 modifie l'article R4311-12.

Le terme « *protocole établi par le médecin anesthésiste* » est remplacé par « *stratégie d'anesthésie comprenant les objectifs à atteindre, le choix et les conditions de mise en œuvre de la technique d'anesthésie* » (Décret n° 2017-316 Relatif aux actes infirmiers relevant de la compétence des infirmiers anesthésistes diplômés d'État, 2017).

Ce changement de sémantique a été pour de nombreux IADE une juste reconnaissance de leurs compétences et d'une forme d'autonomie médicalement supervisée.

L'IADE n'agit pas seulement en l'application d'un protocole, mais il est habilité seul à pratiquer l'anesthésie générale, l'anesthésie loco-régionale et les réinjections dans le cas où un dispositif a été mis en place par un médecin anesthésiste-réanimateur et la réanimation préopératoire.

Le texte de 2017 ajoute à l'IADE la possibilité de réaliser les transports infirmiers intrahospitaliers pour des patients stables ventilés, intubés ou sédatisés, reconnaissant une compétence exclusive aux IADE dans cette condition sans la rendre exclusive en revanche pour l'activité primaire des SMUR.

Toutes ces évolutions ont été perçues par les IADE comme une reconnaissance de leurs compétences exclusives dans la pratique de l'anesthésie.

Mais ces changements en 2017 ont été aussi source de débats et de mises au point, la SFAR (société française d'anesthésie réanimation) concluant ainsi les débats sur les limites de cette reconnaissance :

En conclusion, ce nouveau décret reconnaît le rôle de l'IADE, il en élargit certaines compétences dans la pratique de l'anesthésie, mais ne lui permet pas plus que le précédent la pratique des actes médicaux que seul un médecin anesthésiste-réanimateur peut réaliser. (Bonnet et al., 2017)

La création des infirmiers en pratique avancée en 2018 (Décret n° 2018-629 relatif à l'exercice infirmier en pratique avancée, 2018) et sa modification législative récente en 2022 (Arrêté du 11 mars 2022 modifiant les annexes de l'arrêté du 18 juillet 2018, 2022) a doucement relancé les questionnements des IADE pour la reconnaissance de leurs compétences spécifiques et d'une manière plus générale la reconnaissance de la profession dans l'univers médical et paramédical.

L'ajout en octobre 2021 d'une mention « *urgences* » aux infirmiers en pratique avancée (Décret n° 2021-1384 relatif à l'exercice en pratique avancée de la profession d'infirmiers, dans le domaine d'intervention des urgences, 2021) associée notamment à la réalisation d'actes techniques proches d'actes relevant jusqu'à présent du champ de compétence exclusif des IADE a précipité la relance de la mobilisation de la profession IADE.

Cet ajout intervient, quand parallèlement, les enjeux de la réorganisation des soins accélèrent le développement législatif des IPA.

Un développement axé sur la reconnaissance universitaire, professionnelle et salariale. Les IADE semblent ne pas y être associés et certains IADE s'en considèrent même exclus.

Le statut d'IPA vient questionner différents périmètres de la pratique IADE : le degré de compétences, le pouvoir décisionnel, l'autonomie ou le périmètre d'intervention.

D'ailleurs le rapport de l'inspection générale des affaires sociales interroge ces différents périmètres et parle plutôt d'un statut d'infirmier en pratique avancé spécialisé.

« ... Il paraît pertinent de différencier à l'avenir deux types de pratiques avancées : des infirmiers en pratique avancé spécialisé et des infirmiers praticiens. Cette distinction devra permettre la reconnaissance des IADE en tant qu'infirmier en pratique avancé spécialisé... »
(Bohic & Josselin, 2021)

Encore une fois, comme dans le passé, la problématique de l'évolution du statut des IADE pose la problématique de l'identité de toute la profession.

Les échanges entre organisations professionnelles semblent montrer une forme de dualité entre acceptation des compétences et statut de l'IADE et interrogation sur les limites de leur champ d'intervention.

Il peut être encore question pour les IADE d'une recherche de reconnaissance et d'identité.

Depuis la remise des conclusions de l'IGAS en janvier 2023 (rapport commandé en 2021) sur l'évolution des trajectoires professionnelles dans la santé, la profession IADE est de nouveau

inquiète sur la reconnaissance de sa profession. Les 11000 IADE parmi les 700 000 infirmiers français (DREESS, 2021a) sont confrontés à une possible redéfinition de leur profession.

Entre statut IPA, AMP et universitarisation, l'évolution questionne et divise car elle interroge profondément l'identité professionnelle des IADE.

Ces interrogations semblent exister et perdurent depuis la création de cette spécialité en 1931 mais contribuent peut-être intrinsèquement à une construction sans cesse renouvelée de la profession IADE.

La lutte pour l'identité professionnelle est une lutte pour la reconnaissance et pour la dignité au travail. Elle est aussi une lutte pour la capacité de définir ses propres compétences, ses propres normes et ses propres règles, et pour la possibilité de s'exprimer en tant qu'individu au sein d'une organisation. (Lallement, 2018)

2 La formation et les compétences de l'IADE

2.1 La formation de l'IADE

La formation d'infirmier anesthésiste est accessible aux infirmiers diplômés d'État qui ont exercé au minimum 2 ans. L'entrée en formation est par ailleurs conditionnée par la réussite aux concours d'entrée et organisée par les instituts de formation aux professionnels de santé proposant ce cursus.

La finalité de la formation est de 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. Le référentiel de formation des infirmiers anesthésistes a pour objet de professionnaliser le parcours de l'étudiant, lequel construit progressivement les éléments de sa compétence à travers l'acquisition de savoirs et savoir-faire, attitudes et comportements, ceci dans un contexte d'adultes en formation. (Arrêté relatif à la formation conduisant au diplôme d'État d'infirmier anesthésiste, 2012)

Pour ce faire, la formation est répartie en 4 semestres avec 910 heures de cours magistraux, 2030 heures de stages professionnels qui permettront à l'étudiant d'acquérir de nouvelles compétences professionnelles.

2.2 Les compétences de l'IADE

L'infirmier inscrit dans un cursus de formation pour devenir IADE, évolue donc pendant 2 années au travers des différentes étapes du processus pédagogique pour acquérir de nouvelles connaissances, attitudes et compétences.

La compétence de l'IADE est polysémique car elle se construit sur plusieurs champs ou dimensions. En effet, elle provient d'un processus d'apprentissage initial qui s'appuie sur des compétences connexes déjà acquises. La formation d'infirmier anesthésiste est « une formation d'adulte », les étudiants possèdent déjà des compétences et aptitudes. Elles étaient d'ailleurs recherchées dans le processus de sélection du concours d'entrée.

Nous pouvons la définir plus généralement en nous appuyant sur différents auteurs.

Selon Guy Le Boterf

La compétence ne réside pas dans les ressources (connaissances, capacités) à mobiliser, mais dans la mobilisation de ces ressources. Elle est de l'ordre du savoir mobiliser. C'est en mettant en œuvre la compétence qu'on devient compétent [...] Elle suppose la capacité d'apprendre et de s'adapter. C'est aussi un savoir transféré. (Boterf, 1994)

La compétence est « *une organisation dynamique de l'activité, mobilisée et régulée par un sujet pour faire face à une tâche donnée, dans une situation déterminée.* » (Boterf, 1994)

De Terssac, lui, définit la compétence par tout ce qui est engagé dans l'action et tout ce qui permet de rendre compte de l'organisation de l'action. Mais la reproduction d'une pratique ou d'une action qu'elle soit simple ou complexe ne résume pas la compétence. « *Peut-être suffit-il de décomposer l'action et d'en mémoriser les phases successives pour refaire un nœud marin ou une figure, mais on n'apprend pas la voile ou le patinage uniquement en imitant des modèles bien décortiqués.* ». (De Terssac, 2011)

C'est « un savoir agir » complexe qui fait suite à l'intégration, à la mobilisation et à l'agencement d'un ensemble de capacités et d'habiletés et de connaissances. (Lasnier, 2000)

La compétence est dynamique. Elle « reconstruit de manière dynamique les différents éléments qui la constituent (savoirs, savoir-faire pratiques, raisonnement) ». (Boterf, 1994)

L'apprentissage de nouvelles compétences permet donc à l'IADE de se développer personnellement et professionnellement et d'agir ou de résoudre des problèmes professionnels de manière satisfaisante dans un contexte particulier.

La compétence est hétérogène. Elle associe des savoir-faire techniques et des comportements, des attitudes et un savoir-être. (Carré et al., 2017)

Son processus de formation lui permettra d'acquérir sept compétences pour analyser, prendre des décisions et exercer un raisonnement clinique et une réflexion critique. Les compétences acquises sont les suivantes :

- Compétence 1 : Anticiper et mettre en place une organisation du site d'anesthésie en fonction du patient, du type d'intervention et du type d'anesthésie.
- Compétence 2 : Analyser la situation, anticiper les risques associés en fonction du type d'anesthésie, des caractéristiques du patient et de l'intervention et ajuster la prise en charge anesthésique.
- Compétence 3 : Mettre en œuvre et adapter la procédure d'anesthésie en fonction du patient et du déroulement de l'intervention.

- Compétence 4 : Assurer et analyser la qualité et la sécurité en anesthésie-réanimation.
- Compétence 5 : Analyser le comportement du patient et assurer un accompagnement et une information adaptée à la situation d'anesthésie.
- Compétence 6 : Coordonner ses actions avec les intervenants et former des professionnels dans le cadre de l'anesthésie réanimation, de l'urgence intra et extrahospitalière et de la prise en charge de la douleur.
- Compétence 7 : Rechercher, traiter et produire des données professionnelles et scientifiques dans les domaines de l'anesthésie, la réanimation, l'urgence et l'analgésie.

Les compétences de l'IADE dans le monde médical et paramédical sont reconnues dans :

- La gestion de l'Airways
- La pharmacologie spécifique à l'anesthésie, la réanimation et l'urgence
- Les abords veineux
- L'analgésie, prise en charge et gestion de la douleur

D'une manière plus globale, ces sept compétences acquises lui donnent une expertise dans quatre grands domaines : l'anesthésie, la réanimation, la prise en charge de la douleur et les urgences.

2.3 La formation et les compétences de l'IADE spécifiques à l'urgence

Dans les évolutions de la formation de l'IADE, l'urgence a toujours eu sa place. Elle est ancrée dans le cursus de formation depuis 1988.

Ce n'est donc pas une spécificité récente ajoutée lors de la réingénierie du diplôme en 2012.

L'arrêté du 30 août 1988 (Arrêté relatif à la formation préparant au certificat d'aptitude aux fonctions d'infirmier spécialisé en anesthésie-réanimation, 1988) organisant la formation renforçait déjà les connaissances sur la prise en charge des urgences extrahospitalières.

L'arrêté du 17 janvier 2002 (Arrêté relatif à la formation conduisant au diplôme d'État d'infirmier anesthésiste, 2002) dégagait un paragraphe « les urgences » dans le contenu de la formation.

La réingénierie du diplôme et l'arrêté du 23 juillet 2012 répartissent aujourd'hui les enseignements dans le domaine de l'urgence dans plusieurs unités. (Arrêté relatif à la formation conduisant au diplôme d'État d'infirmier anesthésiste, 2012) En les listant (annexe II), nous pouvons nous rendre compte de la place importante qu'elles occupent dans la formation.

Parallèlement, les étudiants IADE réalisent un stage professionnel d'une durée minimum de 4 semaines (volume horaire de 140 heures) au sein des équipes SMUR.

Ce stage a un caractère obligatoire car la discipline « Prise en charge en préhospitalier (SMUR, urgence...) » est nécessaire pour l'obtention du diplôme d'état.

Ce stage permet aux étudiants d'être mis dans les différentes situations professionnelles représentatives de la profession d'infirmier anesthésiste au SMUR.

L'IADE bénéficie donc d'un socle de connaissances théoriques et pratiques dans le domaine de l'urgence orienté vers l'activité SMUR.

En 1994, le rapport sur la prise en charge préhospitalière des urgences de la Professeure Geneviève Barrier présentait l'IADE comme « *le personnel idéal pour le bon fonctionnement d'un SMUR ; ils sont formés aux techniques de sauvetage et d'anesthésie* ». (Barrier, 1994)

Depuis ce rapport, l'anesthésie-réanimation et son organisation ont évolué.

Le redéploiement des MAR vers l'activité de bloc opératoire semble avoir éloigné de facto les IADE des SMUR, ou du moins a provoqué une discussion sur leur place dans cette activité.

Comme en 2006, des médecins urgentistes écrivaient dans un article paru dans les annales françaises de médecine d'urgence ceci :

L'IADE a bénéficié d'une formation adaptée à l'anesthésie, or aucune anesthésie n'est pratiquée en préhospitalier [...] Il n'y a donc pas de raison d'évoquer la présence d'un IADE en Smur, a fortiori d'évoquer l'exclusivité de cette présence. Dans l'ensemble de l'activité médicale en Smur, il n'y en a aucune qui relève de celles pour lesquelles ces personnels ont été formés, et il n'y en a aucune pour laquelle il y a une ébauche de démonstration d'une supériorité. (Braun et al., 2016)

Quinze ans après cet article, quelle est la situation pour les IADE au sein des SMUR ?

3 L'IADE au SMUR état des lieux

Sur les 11511 IADE exerçant sur le territoire français (DREESS, 2021a), il est difficile de connaître le chiffre exact du nombre d'IADE exerçant au SMUR.

L'enquête du SNIA en 2018 nous indique que 14,4% des IADE exercent dans cette fonction. (Panel= 17,75 % de la population IADE) (SNIA, 2018)

L'enquête montre que « l'exercice en SMUR se maintient à 14,5 %, l'enquête du SNIA de 2001 démontrait que ce taux s'élevait à 16,54 %, dont 15,5 % en exercice mixte (Bloc/SMUR ou Réanimation/SMUR) ».

28,3% des IADE exerçant en SMUR possèdent un DU ou DIU principalement en lien avec la médecine d'urgence, catastrophe, rapatriement et la prise en charge de la douleur.

33% exercent en CHR / CHU ; 67% exercent en CH.

L'exercice dit mixte est très répandu, les fonctions exercées en SMUR sont souvent partagées avec un autre secteur d'activité.

Secteurs partagés avec l'exercice en SMUR.	IADE SMUR
Bloc opératoire pluridisciplinaire	80,97%
Bloc spécialisé	14,98%
SSPI	55,06%
Maternité	56,68%
Chirurgie pédiatrique	23,89%
Endoscopie	47,37%
Radiologie	17,81%
Cardiologie interventionnelle	10,93%
Réa chir	3,24%
Réa méd	2,83%
Brûlés	0,81%
SAU	20,24%
CEC	0,81%
Ecole IADE / IFSI / IFAS ...	11,74%
CESU	24,29%
Algologie	2,83%
Administration	0,81%
Autres	7,29%

Tableau 1 Activités partagées des IADE au SMUR source :(SNIA, 2018)

Dans cette enquête les prérogatives déléguées par le médecin urgentiste en préhospitalier semblent montrer une utilisation des compétences IADE. En effet les répondants (14,4 % du panel) indiquent, que dans les 2 domaines spécifiques de l'IADE que sont la gestion de la sédation analgésie et la gestion de l'abord ventilatoire, ceux-ci les mobilisaient « souvent » (36,44% et 45,75 %) et « toujours » (30,36% et 14 ;17%).

Néanmoins les auteurs de l'enquête concluent que :

« [...] il subsiste une part non négligeable de médecins urgentistes n'exploitant pas totalement les prérogatives déléguables à l'IADE dans le cadre de ces activités. »(SNIA, 2018)

En ce qui concerne les TIIH (transports infirmiers intrahospitaliers), 38.06 % réalisent des TIIH. Ces derniers sont employés pour 70.21 % d'entre eux à la réalisation des TIIH de patients « réanimatoires » (intubés/ventilés et/ou sédatisés).

Difficile de dire si le tableau dressé par l'enquête de 2018 est le même pour les IADE au SMUR aujourd'hui.

Des événements ont pu avoir un impact sur le regard que l'on porte sur les IADE au SMUR.

En premier lieu, l'épidémie de COVID 19 qui a fortement mobilisé les IADE dans l'activité extrahospitalière. En effet ils ont été particulièrement mobilisés lors des transferts en train, en avion ou par route de patients instables (patients sédatisés, intubés et ventilés).

Le rôle des IADE a été essentiel durant ces transferts de patients extrêmement sévères [...] assurer une prise en charge sur une durée de plusieurs heures, en anticipant le matériel et les consommables nécessaires pour la gestion hémodynamique, respiratoire, et la sédation. (Fourteau et al., 2020)

Dans ce contexte les compétences des IADE hors d'une salle d'opération ont été recherchées.

Dans ce contexte, les IADE du service se sont mobilisés en nombre pour prendre en charge de nombreux patients, parfois extrêmement sévères. Leur compétence technique et leur expérience mixte d'activité au bloc opératoire et au SMUR leur ont permis de faire face à des situations très diverses, en intervention primaire ainsi que lors des transferts interrégionaux. (Fourteau et al., 2020)

En second lieu, l'évolution de la profession IADE parallèlement au développement des IPA (IPA « urgences ») est venue questionner le contour du champ d'intervention des IADE et à fortiori leur place dans les SMUR.

La pérennité des IADE au SMUR avait déjà été questionnée en 2018 dans l'enquête du SNIA. Des résultats qui démontraient un contexte semble-t-il plutôt négatif puisque 50.18 % déclaraient que leur poste en SMUR était remis en question, dont 70 % à court/moyen terme.

Quelles hypothèses pouvons-nous avancer pour expliquer cette remise en question ?

Elle semble tout d'abord remise en question d'un point vu législatif.

En effet la présence des infirmiers en SMUR n'a été reconnue qu'en 1997 (Décret n°97-619 relatif à l'autorisation des services mobiles d'urgence et de réanimation, 1997). Le législateur n'a cependant pas défini de formations et/ou de compétences obligatoires pour les infirmiers équipant les SMUR. L'IADE et la recherche de ses compétences, alors qu'elles pourraient s'imposer au SMUR, ne sont pas clairement identifiées par le législateur.

Depuis 1997, le législateur a renforcé les textes en réponse aux besoins d'organisation des SAMU. Cependant il en laisse une interprétation possible.

Sur l'organisation SAMU (Article D6124-13 - Code de la santé publique, 2006), la lecture des textes décrit l'armement des SMUR avec impérativement un infirmier, mais sans y préciser qualifications ou spécialisations.

Le décret réglementant l'exercice de la profession IADE quant à lui précise que :

- Les transports sanitaires urgents entre établissements de soins effectués dans le cadre d'un service mobile d'urgence et de réanimation ;
- Les transports sanitaires médicalisés du lieu de la détresse vers un établissement de santé effectués dans le cadre d'un service mobile d'urgence et de réanimation
- Ces transports sont à réaliser en priorité par l'infirmier anesthésiste. (Décret n° 2017-316 Relatif aux actes infirmiers relevant de la compétence des infirmiers anesthésistes diplômés d'État, 2017)

Si la reconnaissance des compétences est clairement explicitée dans les textes, leurs recours ne le sont pas. Un choix est donc laissé aux établissements afin de recourir ou non aux IADE pour armer leur SMUR.

Ce choix est peut-être alors déterminé par la gestion des ressources humaines et aussi par des choix de politique de gestion financière des établissements.

La situation à Avranches en 2018 en est une illustration :

L'hôpital d'Avranches-Granville faisant face à des difficultés financières, la direction réorganise le rôle des infirmiers anesthésistes afin de faire des économies. En conséquence, à partir de janvier 2018, ils ne seront plus présents dans le service mobile d'urgence et de réanimation (SMUR) et seront remplacés par des infirmiers généraux, afin de se consacrer aux blocs opératoires. Une décision qui suscite l'incompréhension de la part des premiers concernés, considérant que ce sont les patients qui en feront aussi les frais. (Rédaction actusoins, 2017)

Nous nous apercevons que faire un état des lieux de la situation des IADE au SMUR n'est pas un exercice aisé. Il semble, en revanche, interroger le périmètre d'action de l'IADE et notamment de l'exercice de ses compétences en dehors du bloc.

4 L'exercice des compétences de l'IADE en dehors du bloc opératoire.

L'IADE exerce ses compétences au travers de 4 domaines :

- L'anesthésie
- Les urgences
- La réanimation
- La prise en charge de la douleur

L'anesthésie est dite « cœur de métier ». La prise en charge de la douleur est plutôt holistique puisqu'elle s'exerce sur tous les domaines d'actions de l'IADE.

Les situations d'urgences et de réanimations s'exercent dans le cadre de l'anesthésie, mais elles sont aussi des spécialités à part entière où l'IADE est susceptible d'évoluer.

D'un point de vue législatif :

Il intervient dans les différents sites d'anesthésie et en salle de surveillance post-interventionnelle au sens des articles D. 6124-91 du code de la santé publique, dans les services d'urgences intra et extrahospitalières et lors de certains types de transports (SAMU, SMUR, autres transports sanitaires). Sa formation et son expertise lui confèrent une aptitude supplémentaire au sein de ces différents sites. (Diplôme d'état d'infirmier anesthésiste, annexe 1 référentiel d'activités, 2012)

L'exercice de ses compétences est donc reconnu en anesthésie (bloc opératoire et SSPI), mais aussi au sein des structures d'urgences intra et extrahospitalières et de réanimations.

Mais comment l'IADE exerce-t-il ses compétences ?

L'IADE exerce ses compétences « sous le contrôle exclusif du MAR » (Décret n° 2017-316 Relatif aux actes infirmiers relevant de la compétence des infirmiers anesthésistes diplômés d'État, 2017).

L'exercice des compétences de l'IADE en dehors de la présence du MAR pose donc des questions d'ordre sémantique.

En effet les MAR sont devenus peu présents en dehors de la spécialité anesthésie-réanimation notamment dans les structures d'urgences et les SMUR. Comme nous l'avons déjà évoqué, les besoins en médecin anesthésiste pour l'activité chirurgicale consolident ce constat.

L'IADE peut-il alors exercer ses compétences et son savoir-faire en dehors de la présence du MAR ?

C'est sans nul doute un débat, notamment sur la lecture et l'interprétation de la loi sur la responsabilité médicale et la relation de subordination de l'IADE envers un autre médecin que le MAR.

Dans quelle mesure alors l'IADE peut-il effectuer l'induction et l'intubation d'un patient au sein d'une structure d'urgence ou en préhospitalier ?

Réduire l'exercice des compétences de l'IADE à la présence du MAR reviendrait peut-être alors à réduire ses compétences à une logique de poste ?

Pourtant, la mobilisation des compétences semble contingente. La question de l'autonomie des compétences exclusives de l'IADE est alors posée.

Cette question peut renvoyer au concept d'autonomie discrétionnaire développée par Gilbert de Terssac :

L'autonomie issue de comportements attendus par l'encadrement, de l'autonomie pratiquée par les groupes d'exécution, mais aussi pour séparer ce qui vise à répondre aux exigences de fonctionnement du système de travail, de ce qui vise à affirmer une indépendance ou une influence sur le processus de travail ; il s'agit de bien éloigner ce qui est octroyé et/ou requis par la hiérarchie, de ce qui est conquis ou appris par les subordonnés. (De Terssac, 2012)

Reste que le concept d'autonomie est opposé au concept de dépendance, illustré en ce qui concerne l'IADE par la phrase :

« *Exerce ses compétences sous le contrôle exclusif du MAR* » (Décret n° 2017-316 Relatif aux actes infirmiers relevant de la compétence des infirmiers anesthésistes diplômés d'État, 2017)

L'exercice de ses compétences exclusives notamment défini par l'article R4311-12 devrait donc ne pouvoir s'exercer que dans ce contexte.

Une juriste de la MACSF intervenant pour la SOFIA précise sur le sujet ceci :

La possibilité pour des médecins d'autres spécialités ou a fortiori pour l'IADE lui-même de prendre l'initiative d'une anesthésie dans laquelle l'IADE serait le seul professionnel en anesthésie, doit ainsi être formellement exclue du plan d'organisation des moyens de transports sanitaires. Rappelons enfin que l'article R 4311-12 CSP prévoit que l'IADE ne peut mettre en cause les techniques qui lui sont spécifiques qu'à condition qu'un médecin anesthésiste réanimateur puisse intervenir à tout moment, ce qui est quelque peu problématique en matière de transports sanitaires... (Tamburni, 2011)

L'exercice des compétences exclusives de l'IADE en dehors du bloc opératoire pose donc question pourtant il faut reconnaître qu'il n'est pas marginal qu'elles soient exploitées dans ce contexte.

5 La Médecine d'urgence en France

Pour comprendre comment est organisé le SMUR en France et analyser son fonctionnement, il est nécessaire de s'arrêter sur l'évolution de la médecine d'urgence. Il convient alors d'essayer de la définir et d'en retenir les repères historiques. Ceci nous permet de mieux appréhender la doctrine actuelle des secours d'urgence et de savoir pourquoi l'IADE y est rattachée.

5.1 Définition et repères historiques

La médecine d'urgence est une réponse à la nécessité de prodiguer des soins spécifiques sans délai. Son histoire est liée à celle de la médecine en général, mais elle se rattache surtout à la mise en place des soins de l'avant militaire et à l'émergence de l'anesthésie-réanimation. Ces deux pratiques ont en commun l'idée de remise en état. Mais l'une répare tandis que l'autre combat pour réparer. (Emmanuelli & Emmanuelli, 1996)

La définition de Xavier Emmanuelli donne une portée historique et un ancrage à l'anesthésie-réanimation.

L'évolution de la médecine d'urgence s'inscrit dans le temps dans un parallèle avec les avancées en médecine et également dans un parallèle avec les guerres et les épidémies.

Pendant des siècles le sort des blessés et leur survie fait face à un fatalisme anti-médical où la priorité n'est pas de sauver, guérir ou réhabiliter.

Il faudra attendre le XVIII^e siècle et le chirurgien Ambroise Paré pour voir se développer un humanitarisme pour les blessés. Un humanitarisme fortement lié aux avancées fulgurantes et continues de la médecine.

Mais la transition d'un fatalisme vers une médecine de progrès s'opère au XIX^e siècle. Une médecine que les progrès des connaissances, des thérapeutiques et des techniques rendent plus efficace au fil des générations de médecins, chirurgiens, physiologistes, biologistes, chimistes et bactériologistes.

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

Son action est imprégnée d'éthique :

« *On commencera toujours au plus dangereusement blessé sans égard au rang ni aux distinctions* » se faisant, il bouleverse la priorisation des victimes pour imposer celle qui, aujourd'hui encore, fait l'honneur de la médecine occidentale. » (Menthonnex & Mentonnex, 2010)

Les différentes épidémies au début du 19^e siècle contraignent les hôpitaux à s'organiser pour faire face à l'accueil des malades et au fort taux de mortalité. L'hôpital Lariboisière est, dans ce contexte, un des premiers établissements à accueillir des patients dans un service d'urgences en 1854.

L'organisation d'une prise en charge des urgences avant l'hôpital devient nécessaire et c'est de manière empirique sur fond de conflits armés et d'épidémies que celle-ci va se penser.

Henri Dunant, en organisant les secours aux blessés durant la bataille de Solferino (1859), entraîne quatre ans plus tard la création de la Croix Rouge Française (Convention de Genève). Devenue Croix Rouge Internationale en 1907, c'est sur elle que repose les fondements de l'organisation des moyens de secours humanitaires mobilisables sur les conflits armés, les catastrophes naturelles ou encore les grandes épidémies.

En 1882, des ambulances hippomobiles (ancêtres du SAMU) permettent la prise en charge et le transport des malades de la variole vers l'Hôtel Dieu.

Dès le début du 20^e siècle, le progrès médical dans toutes les spécialités va être le principal catalyseur d'un bond en avant dans de nombreux domaines comme le développement des traitements antibiotiques (découverte de la pénicilline), de l'asepsie et les avancées médico-techniques.

La médecine d'urgence va tout naturellement bénéficier de ce bond en avant. Des avancées qui vont aussi s'appuyer sur d'autres champs, comme les deux grands conflits armés (14-18 et 39-45), mais aussi les nombreux autres conflits de ce siècle. Ils vont profondément influencer la doctrine de la médecine d'urgence.

C'est l'apport connexe des techniques opératoires menées sur le théâtre des opérations, des modes d'évacuation des blessés et la formation des médecins et des infirmières, qui dans ce contexte, ont eu un impact sur la médecine d'urgence civile.

Les méthodes de prise en charge des blessés sont codifiées et préconisent la précocité de l'examen par un médecin et le recours aux nouvelles techniques : intubation oro-trachéale, remplissage vasculaire par solutés synthétiques ou plasma sec en perfusion, large emploi des sulfamides, puis de la pénicilline, en complément des drogues déjà courantes comme l'adrénaline, l'atropine et la morphine.(Menthonnex & Mentonnex, 2010)

L'évolution de la société va aussi avoir une action déterminante sur l'évolution de la médecine et donc sur la médecine d'urgence. Les 30 glorieuses (1945-1975), l'allongement de l'espérance de vie et le boom de la natalité va demander à la médecine de s'adapter aux changements sociétaux.

Des adaptations contraintes par des événements malheureusement souvent dramatiques plus récents. Nous pouvons citer par exemple l'explosion de l'usine AZF en 2001, les attentats de novembre 2015 à Paris et la pandémie du Covid 19.

Des événements qui amènent, à chaque fois, à requestionner la prise en charge des patients, l'organisation humaine, l'organisation des soins ou encore la nécessité de formations.

La création du DESC médecine d'urgence en 2006 a permis de répondre par exemple à la nécessité de spécialiser cette branche de la médecine. Une branche exercée jusque-là par des médecins issues de différentes spécialités comme la médecine générale, la réanimation et l'anesthésie.

Ces spécialités ont joué un rôle important dans le développement de la médecine d'urgence.

Le 20e siècle a été l'ère de l'anesthésie-réanimation et elle a contribué à la prise charge des patients dans un état critique aux urgences.

Du développement de l'anesthésie intra-veineuse initiée en 1928 par l'anesthésiste américain John S. Lundy (1894-1973), à l'essor des moyens de ventilations artificiels à partir de 1950 et avec l'investissement de médecins anesthésistes, l'anesthésie va s'ancrer profondément dans la pratique de la médecine d'urgence notamment dans la médecine préhospitalière.

5.2 La médecine préhospitalière, de « l'oxylogie » au SAMU

S'intéresser au lien des IADE avec le SMUR, c'est s'intéresser aussi à la création des secours préhospitaliers en France.

Le secours en dehors des murs de l'hôpital tire sa doctrine de celle de la médecine militaire.

Outre les grandes guerres et conflits armés, c'est aussi la volonté de médecins et des pouvoirs publics qui va déterminer le développement de la médecine préhospitalière.

Dès 1949, le ministère de la Santé s'intéresse à une organisation des soins et secours préhospitaliers :

J'ai l'honneur aujourd'hui d'attirer votre attention sur l'impérieuse nécessité d'organiser dans chaque département un système plus complet de secours d'urgence capable d'apporter à la population à tout moment et dans le minimum de temps la garantie de soins qualifiés assurant le maximum de chances de guérison. (Ministère chargé de la santé, 1949)

Il n'existe pas de réelle coordination sur le territoire national, même si plusieurs expériences et certaines organisations existent.

La Brigade de Sapeurs-Pompiers de Paris a, par exemple, créé dès 1924 un moyen de prendre en charge les blessés ou asphyxiés.

D'autres initiatives de médecins comme le Professeur Paul Bourret, à Salon-de-Provence en 1957, décident spontanément de s'organiser localement pour porter secours aux accidentés.

L'élément déclencheur qui va accélérer et déterminer le travail de création et d'organisation du secours préhospitalier est le nombre de décès et de blessés exponentiels sur les routes françaises avec l'avènement de l'automobile.

Entre 1960 et 1970, la mortalité augmente de + 55,7 % et le trafic est multiplié par 2,3. Le nombre de personnes tuées par milliard de km parcourus passe de 111 à 80. (INSERR & ONISR, 2018)

Les pouvoirs publics font face à une problématique sans réponse et à un « comment faire » devant cette nouvelle mortalité. Une poignée de médecins va alors investir cette problématique avec une vision d'un hôpital « hors des murs » afin de répondre à cette question.

Nous pouvons citer notamment deux pionniers parmi ces médecins :

Le professeur Maurice Cara et le Professeur Lareng tous deux médecins anesthésistes réanimateurs.

Maurice Cara, pionner de la science de la ventilation assistée qu'il nommera « oxyologie », crée le premier moyen mobile de réanimation en 1954 dans le contexte d'épidémie de poliomyélite, en ramenant de Copenhague un respirateur mobile. Il permet alors le transport de malades vers des centres de réanimation qui jusque-là mourraient durant leur trajet.

Mais comment faire pour tous les autres plus éloignés ?

Sous l'impulsion du Professeur Cara, le directeur de l'Assistance Publique, crée en 1956 un service mobile d'urgence de réanimation : c'est le SMUR. La direction est confiée à Cara. Il crée notamment grâce à l'ingénieur Raymond Pesty, un appareil plus léger, le RPR (respirateur de Rosentiel-Pesty-Richard).

Dix ans et 16000 morts plus tard sur les routes françaises, Maurice Cara rejoint Louis Lareng et d'autres médecins anesthésistes pour répondre au « comment faire » du décret du 2 décembre 1965 pour médicaliser les patients en dehors des murs de l'hôpital.

Louis Lareng travaillait déjà depuis plusieurs années sur cette injonction avec un projet d'une doctrine extrahospitalière « du pied de l'arbre à l'accueil ».

Leurs travaux et les essais dans plusieurs centres de France aboutiront au déploiement des moyens mobiles médicalisés dont la première UMH fut armée à Toulouse en 1968 par quatre médecins anesthésistes -réanimateurs.

Cette implication des médecins anesthésistes intervient en parallèle à la création des départements d'anesthésie et de réanimation en 1964, imbriquant alors le développement de la spécialité d'anesthésie et de réanimation à celle des urgences extrahospitalières.

Le SAMU est créé par Louis Lareng en 1968 après un travail collectif initié dès 1953. Il faudra ensuite presque vingt ans pour voir s'imposer cette doctrine sur l'ensemble du territoire avec la loi n° 86-11 du 6 janvier 1986.

L'implication de l'anesthésie réanimation dans cette création semble alors laisser penser que l'essence de l'identité des IADE au SMUR en est issue.

Il est cependant difficile d'affirmer que ce sont les IADE qui ont investi en premier les SMUR. En effet l'organisation et la composition des UMH et SMUR après 1986 sont très disparates sur le territoire. Ce sont les médecins responsables d'unités qui vont définir pendant plus de dix ans leurs compositions.

Aujourd'hui le décret n° 2006-577 du 22 mai 2006 relatif aux conditions techniques de fonctionnement applicables aux structures de médecine d'urgence et modifiant le code de la santé publique (dispositions réglementaires) définit son organisation et sa composition.

6 Le SMUR

6.1 Aspect législatif

L'organisation du SMUR repose sur le code de la santé publique R-6311-2 et le décret du 22 mai 2006. Il est un des outils qui entend répondre aux prérogatives des SAMU qui sont :

- D'assurer une écoute médicale permanente.
- De déterminer et déclencher la réponse la mieux adaptée à la nature des appels.
- De s'assurer de la disponibilité des moyens d'hospitalisation, publics ou privés, adaptés à l'état du patient.
- D'organiser le cas échéant, le transport dans un établissement public ou privé en faisant appel à un service public ou à une entreprise privée de transports sanitaires.
- De veiller à l'admission du patient.

Les articles D.6124-12 à l'article D.6124-16 du décret 2006-577 du 22 mai 2006 définissent les conditions de fonctionnement du SMUR.

6.2 Mission et Organisation

En 2019, 100 SAMU et 387 SMUR assurent l'orientation, la prise en charge préhospitalière et le transport des malades (DREESS, 2021).

Selon le ministère de la Santé, en tant que service hospitalier, les SMUR assurent 24H/24H, la prise en charge de patients dont l'état requiert, de façon urgente, une prise en charge médicale et de réanimation. Après régulation par le SAMU, le transport des patients est réalisé vers un établissement de santé.

Cette unité basée à l'hôpital intervient exclusivement sur régulation du SAMU pour assurer la prise en charge, le diagnostic, le traitement et le transport des patients en situation d'urgence médicale.

Les prises en charge hors de l'hôpital constituent l'activité dite « primaire » des SMUR. Ces derniers exercent également une activité dite « secondaire » de transport médicalisé de patients entre établissements de santé, lorsqu'il est nécessaire de les transférer de manière urgente vers un plateau technique ou un service spécialisé situé dans un autre établissement.

Basé sur la doctrine de Louis Lareng, le modèle SMUR en France permet concrètement d'amener sur le terrain les moyens techniques et les compétences humaines pour prendre en charge le patient.

Ce modèle s'oppose au « scoop and run » anglo-saxon qui a pour but d'amener le plus rapidement possible le patient en secteur hospitalier.

Le modèle français s'articule donc autour de cinq grands concepts qui ont démontré leurs bénéfices pour la survie du patient. Cinq maillons : la prise en charge primaire (First Aid), la régulation avec l'engagement de moyens adaptés, les gestes techniques précoces (Base Life Support), les procédures de soins exportés de l'hôpital menés par des personnels spécialisés (médicaux et paramédicaux) et l'orientation du patient vers la structure de soins adaptée à sa pathologie. (Ribordy, 2006)

Les SMUR sont répartis géographiquement afin « *de répondre à l'exigence de l'accès aux soins urgents spécialisés en moins de 30 minutes pour tous les Français sur le territoire.* » (DGOS, 2023)

Selon la DREES en 2017, les SMUR ont réalisé 577 800 interventions primaires et 181 800 sorties secondaires.

Le SAMU n'engage des moyens médicalisés que lorsque les cas sont très urgents. Toujours en 2017 :

- 5 % des dossiers de régulation médicale aboutissaient à l'envoi d'une équipe SMUR.
- 59 % des sorties primaires ont nécessité le transport médicalisé d'un patient.
- Par ailleurs, dans 9 % des cas, les équipes engagées ont fait face à un décès.

Les interventions auxquelles doivent faire face les personnels des SMUR sont multiples : accidents de la circulation, patients présentant des défaillances cardiaques, pulmonaires ou neurologiques, accidents de la vie quotidienne... Le SMUR a également montré sa nécessité depuis sa création lors d'accidents majeurs, d'attentats ou durant la pandémie COVID 19.

6.3 Moyens humains

Les moyens humains sont dimensionnés en fonction du nombre de passages dans les structures d'urgences et du nombre d'interventions SMUR réalisés sur le secteur d'intervention.

L'armement humain d'une équipe SMUR est aujourd'hui réglementé. Il est important de rappeler qu'il aura fallu attendre 30 ans pour voir inscrite la composition minimum de l'équipe SMUR dans un texte de loi.

Depuis 2006, l'équipe SMUR se compose donc ainsi :

Au moins,

- Un médecin.
- Un infirmier. IDE, IADE.
- Un conducteur (ambulancier) ou pilote (transports hélicoptés).

Il faut noter que c'est le médecin régulateur qui le cas échéant « *en tenant compte des indications données par le médecin présent auprès du patient* » (Article D6124-13 - Code de la santé publique, 2006) adapte la composition de l'équipe d'intervention aux besoins du patient.

6.4 Formation et compétences

Nous développerons uniquement la formation et les compétences des médecins et des infirmiers car c'est entre eux que peut potentiellement s'opérer une délégation de tâches.

6.4.1 Formation

Le médecin

Le médecin du SMUR est depuis 2006, un médecin spécialisé. En effet celui-ci est titulaire d'une mention complémentaire appelée DESC (diplômes d'études spécialisées complémentaires) « médecine d'urgence ». Cette spécialisation d'une durée de 2 ans vient compléter le diplôme de médecine².

² Liste des diplômes pouvant accéder au DESC « médecine d'urgence » : Anesthésie-réanimation, Cardiologie et maladies vasculaires, Chirurgie générale, Gastroentérologie et hépatologie, Médecine générale ; Médecine interne, Néphrologie, Neurologie, Pédiatrie, Pneumologie, Psychiatrie)

Sur quatre semestres, la formation comprend un enseignement clinique intégré à partir des motifs de recours aux structures d'urgence :

- Techniques utilisées en médecine d'urgence.
- Organisation et missions des structures d'urgence.
- Moyens humains et techniques des structures d'urgence.
- Aspects fonctionnels et comportementaux de la médecine d'urgence.

Son contenu reprend un approfondissement de la physiopathologie rencontrée dans le contexte de l'urgence et de leur prise en charge (méningites, HTIC, AVC, dissection aortique, pathologies cardiaques, pulmonaires, rénales, viscérales et digestives, les états de choc) et un apprentissage complémentaire des techniques tel que la pose de voies veineuses (centrales et périphériques), la maîtrise des voies aériennes, l'intubation, et la ventilation artificielle.

Le parcours prévoit également qu'au cours du 3^e cycle des études médicales, soit réalisé au moins un semestre dans chacun des terrains de stage, dont au moins deux, dans un centre hospitalier universitaire. Les terrains sont les suivants :

- SAMU-SMUR.
- Service des urgences d'adultes.
- Service ou unité d'urgences pédiatriques.
- Service ou unité de réanimation ou de soins intensifs médicaux, chirurgicaux, ou médicochirurgicaux.

Les médecins, depuis la création du DESC, sont pour la plupart affectés dans les structures d'urgences hospitalières à temps partagé avec le SMUR et la régulation. Cette spécialisation reste récente, mais s'impose au fur et à fur à mesure dans la composition des médecins exerçant au SMUR.

Avant 2006, d'autres parcours de formations médicales permettaient d'exercer au SMUR.

La première est historiquement l'anesthésie-réanimation puisque ce sont des médecins de cette spécialité qui ont porté le développement de la médecine préhospitalière en France. Cependant l'évolution démographique de la profession depuis 2000 et la problématique de gestions de ressources humaines, encore d'actualité aujourd'hui, ont recentré les médecins anesthésistes vers les activités de bloc opératoire. De plus il semble que les nouvelles générations d'internes en anesthésie-réanimation s'éloignent de l'activité SMUR. En 2018, sur la promotion d'internes de 3^e cycle, seul 0,2 % souhaitaient s'orienter vers une activité SMUR (Mikol et al., 2020).

La médecine générale est encore représentée dans les SMUR. Ces médecins sont titulaires d'un diplôme de médecine générale et ont complété leur formation par le CAMU (capacité d'aptitude à la médecine d'urgence) et des DU de médecine catastrophe.

La loi prévoit également, pour les besoins du service, la possibilité de faire appel à des internes ayant validé quatre semestres (spécialité médicale, chirurgicale ou psychiatrie) et ayant acquis une formation à la prise en charge des urgences par une expérience professionnelle d'au moins un an dans le domaine de l'urgence ou de la réanimation.

L'IDE et l'IADE

La loi ne précise pas de spécificités ni de spécialisations pour l'infirmier. D'abord en 1997 puis dans le décret de 2006, il est uniquement inscrit : un infirmier.

L'infirmier bénéficie d'une formation de grade licence sur 3 ans accessible avec le niveau baccalauréat via parcours-sup. L'enseignement de 4200 heures s'articule autour d'UE pour acquérir les dix compétences (cinq compétences « cœur de métier » et cinq compétences transverses).

L'UE 4.3 aborde les soins d'urgences durant la formation sur un volume horaire de 25 heures. Les objectifs sont : identifier l'urgence à caractère médical et pratiquer les gestes permettant de porter secours en attendant l'arrivée d'une équipe médicale, hiérarchiser les urgences et mettre en œuvre des soins d'urgence dans un environnement médicalisé.

L'étudiant IDE effectue 60 semaines de stages avec un parcours défini par les écoles dans quatre domaines : MCO, santé mentale, lieu de vie et soins de longue durée.

Les étudiants peuvent réaliser un stage dans une structure d'accueil des urgences, mais la possibilité de faire un stage au SMUR semble très marginale car il leur est peu accessible.

Il n'y a pas de formations spécifiques dans le cursus initial des IDE à l'activité SMUR. C'est d'ailleurs dans ce contexte qu'un travail³ avait été initié par la SFMU dont le constat était l'inadéquation entre la formation initiale et les compétences attendues en médecine d'urgences pour un IDE.

³ L'enquête a été réalisée de mai à juin 2005, elle a été adressée à plus de 150 services de médecine d'urgence et distribuée aux infirmiers présents au congrès « Urgences 2005 » (disponible dans le référentiel « Infirmier en médecine d'urgence »)

Elle édite donc un référentiel des compétences infirmières en médecine d'urgence (Piedade et al., 2008).

Le référentiel liste les connaissances et les compétences techniques en lien avec la médecine d'urgence. Il est fort de constater que le contenu du référentiel se rapproche des éléments formatifs du parcours IADE et leurs compétences.

Le parcours actuel des IDE pour accéder aux activités SMUR n'est toujours pas défini. Nous pouvons seulement faire un constat de terrain, basé sur des témoignages de parcours professionnels.

Les IDE accèdent plutôt aux activités SMUR après une forte expérience professionnelle dans des services tels que les SAU et services de réanimation.

Leur intégration au SMUR est ensuite réalisée sous forme de doublure avec des IDE ou des IADE dont la durée est définie par l'encadrement médical et paramédical.

Des formations complémentaires existent au niveau des CESU et des universités. Les CESU proposent des sessions de perfectionnement à la prise en charge de patients. Les universités proposent des DU comme le DU en soins infirmiers d'urgences.

Du point de vue législatif, l'infirmier réalise des soins dans le cadre de son exercice professionnel. (Règles liées à l'exercice de la profession (Articles R4311-1 à R4311-106), 2021)

Pour l'IADE, nous l'avons déjà développé. Dans le cadre de sa formation, il bénéficie depuis 1988 d'un apport théorique dans le domaine de la médecine d'urgence. En listant les éléments en lien avec celle-ci dans le contenu de la formation enseignée depuis 2012, nous avons pu noter la part importante des apports qui avaient un lien direct avec l'activité SMUR. De plus l'étudiant IADE effectue un stage de 4 semaines (140 heures) au sein d'une équipe SMUR.

6.4.2 Les compétences propres à l'activité préhospitalière

Les compétences propres à l'activité préhospitalière sont la combinaison de compétences individuelles et collectives.

Les compétences individuelles propres à l'activité préhospitalière recouvrent essentiellement celles nécessaires à la pratique de la médecine d'urgence. Il s'agit principalement des compétences techniques acquises et développées par les personnels qui équipent les SMUR.

Comme nous l'avons déjà défini, la compétence individuelle est constituée de savoirs dans plusieurs domaines. La compétence permet de mobiliser de manière dynamique les savoirs pour faire face à une tâche donnée dans une situation bien précise.

La SFMU (société savante de référence concernant la médecine d'urgence) a émis des recommandations sous forme de référentiel concernant les compétences requises pour la pratique de la médecine préhospitalière. Le référentiel utilisé est celui édité par la SMFU en juin 2013⁴. Il n'est pas fait mention des IADE dans ces différents référentiels.

L'activité SMUR nécessite également la mobilisation de compétences collectives. En effet le contexte particulier dans lequel s'exerce la mobilisation des compétences individuelles au SMUR oblige le recours à l'autre.

La compétence collective est un concept qui désigne la capacité d'un groupe de personnes à travailler ensemble de manière coordonnée et efficace pour atteindre un objectif commun. Elle repose sur la mise en commun de compétences, de connaissances et de savoir-faire.

Cependant de nombreux auteurs s'accordent à dire que la compétence collective n'est pas définie par la somme des compétences individuelles des acteurs qui la composent (LEPLAT, J., 2000). Se distinguent alors, deux approches : d'une part une compétence collective harmonieuse et de l'autre la compétence collective de l'interaction.

La compétence collective harmonieuse, « *elle émerge à partir de la coopération et de la synergie existantes entre les compétences individuelles* » (Le Boterf G, 2000)

La compétence collective de l'interaction quant à elle « *prend naissance dans les échanges permanents entre les membres d'une équipe de travail. Lorsqu'il existe, des compétences collectives, «l'agir ensemble» est le dénominateur commun des individus* » (Dupuich, 2011)

La compétence collective est somme toute essentielle dans l'activité SMUR.

Elle implique la capacité des membres du groupe à s'adapter aux situations nouvelles et à résoudre les problèmes ensemble de manière créative et innovante. Elle est indispensable dans les environnements complexes dans lesquels les médecins, infirmiers et ambulanciers interviennent pour porter secours aux patients.

⁴ . Il renvoie aux compétences médicales et paramédicales nécessaires au SMUR, du référentiel de 2004 « les compétences du médecin urgentiste » et du référentiel de 2008 « compétences de l'infirmière en médecine d'urgence »

6.4.3 Les cas particuliers des TIIH

Le transport infirmier intrahospitalier a été introduit dans l'organisation des transports sanitaires de patients par le SAMU au début des années 2000. Il entendait répondre aux besoins de transferts de malades dans le cadre de la réorganisation des territoires de santé et notamment de l'accès aux plateaux techniques et aux structures spécialisées. Concrètement, les TIIH sont inclus dans l'activité dite « secondaire » des SMUR.

Du point de vue législatif, les TIIH renvoient à plusieurs textes.

Les textes de 2006 sur l'organisation et le fonctionnement des structures de médecine d'urgence, décret de compétences des IDE et des IADE. Il pose encore aujourd'hui question sur leurs lectures et leurs interprétations.

Pour preuve, le rapport de 2019 pour « un pacte de refondation des urgences » consacre un chapitre sur ce sujet (Mesnier & Carli, 2019). Il nous permet d'ailleurs de faire une synthèse des enjeux des TIIH.

L'enjeu principal, au-delà de son caractère indispensable dans le maillage territorial de l'offre de soins, est le temps médical qu'il serait susceptible de dégager dans un contexte de pénurie de médecins urgentistes.

Les TIIH sont encadrés par le décret R6312-28-1 du CSP.

Les TIIH urgents et non urgents sont à la fois régulés par les SAMU et les établissements de soins. Les urgents utilisent des vecteurs SMUR, les autres des moyens publics ou privés de transports.

L'équipage est composé au minimum d'un infirmier et d'un ambulancier. Ce même rapport 2019 indique que les TIIH (vecteurs SMUR) représentent 20276 sorties soit seulement 11% de l'activité secondaire.

En termes de compétences paramédicales, la place de l'IADE et de l'IDE est définie :

Pour l'IADE, comme pour les activités primaires, l'article 4311-12 prévoit qu'il soit utilisé en priorité pour les réaliser.

« Les transports sanitaires mentionnés à l'article R. 4311-10 sont réalisés en priorité par l'infirmier ou l'infirmière anesthésiste diplômée d'État ».

De plus, ce même article (modifié en 2017) prévoit que *« l'infirmier ou l'infirmière anesthésiste est seul habilité à réaliser le transport des patients stables ventilés, intubés ou sédatés pris en charge dans le cadre des transports infirmiers interhospitaliers ».*

La question de l'exercice exclusif des compétences de l'IADE sans le médecin anesthésiste et en dehors du cadre de l'anesthésie réanimation se pose donc pour les TIIH.

Pour l'IDE, l'article R 4311-10, lui permet de participer aux transports sanitaires dans l'activité primaire et secondaire du SMUR dans le cadre d'un protocole. Dans la pratique il n'est pas rare que ceux-ci s'exercent hors protocole, dans une étude, menée à Bordeaux, il a été évalué à 41% le nombre de TIIH réalisés hors protocole (Lalanne et al., 2012).

La problématique de l'organisation et de la gestion des TIIH est d'actualité. Dans le pacte de refondation des urgences de 2019 les recommandations étaient de travailler sur la généralisation de ce type de transports, mais de mieux les encadrer avec des protocoles et d'encadrer au niveau national les réflexions et expérimentations portant sur l'utilisation des compétences paramédicales dans les interventions primaires.

Synthèse

Nous avons développé plusieurs éléments dans la première partie de ce travail. Nous pouvons en faire une synthèse.

La création et la construction du métier d'infirmier anesthésiste sont chargées d'histoire autour de luttes pour une reconnaissance de son existence et de son exercice. Cette histoire a influencé également sa construction identitaire.

Aujourd'hui, à travers les évolutions sans doute nécessaires du système de santé, l'identité de la profession est de nouveau questionnée. Un questionnement du statut des IADE qui interroge aussi ses compétences et la manière dont elles s'exercent. L'exercice des compétences de l'IADE au SMUR semble en être affecté.

Nous l'avons vu, les IADE sont fortement attachés à cette activité, car elle contribue à leur identité professionnelle. Ils sont historiquement impliqués dans la création de cette spécialité du fait de son lien avec l'anesthésie-réanimation, aujourd'hui pourtant, leur place dans l'activité préhospitalière semble questionnée.

L'IADE acquiert, avec sa formation, un socle solide de connaissances et de techniques dans le domaine de la médecine d'urgence. Bien qu'identifié comme compétent dans ce domaine dans les textes législatifs réglementant sa profession, au SMUR, il ne semble pas l'être clairement.

Par ailleurs l'exercice de ses compétences exclusives dans le préhospitalier interroge en raison du lien dit de « contrôle exclusif » qui existe entre MAR et IADE.

Il apparaît aussi dans les recherches menées que l'évolution de l'organisation préhospitalière et le contexte RH hospitalier semble avoir un impact pour l'IADE, et présente peut-être un enjeu pour sa place au SMUR.

Tous ces éléments alimentent l'intérêt de poursuivre cette recherche sur le terrain, afin de tenter de savoir **comment les compétences spécifiques de l'IADE sont reconnues et mobilisées au SMUR et d'en connaître les enjeux.**

Avec cette question de recherche, nous espérons aussi savoir si les acteurs du préhospitalier connaissent plus généralement le métier d'IADE et comment les IADE sont perçus. Nous souhaitons également situer l'IADE dans la structure SMUR. Enfin nous tenterons d'avoir une vision des enjeux de la place de l'IADE au SMUR.

PARTIE 2

Dans la deuxième partie, nous exposerons dans un premier temps, les matériels et méthodes de la recherche, ensuite nous présenterons les résultats. Enfin nous discuterons de ces résultats avant de conclure ce travail de recherche.

1 Matériels et méthodes

1.1 Objectifs de l'étude

Après la phase préopératoire, il était nécessaire d'identifier et de définir des objectifs pour déterminer le type d'étude, le choix de l'outil et la population cible.

L'objectif principal de ce travail de recherche est de savoir comment les compétences spécifiques de l'IADE sont reconnues et mobilisées au SMUR, en rencontrant les professionnels afin de :

- Identifier l'IADE dans l'organisation préhospitalière.
- Déterminer les connaissances des acteurs de la spécialité préhospitalière sur la profession IADE et leurs compétences.
- Savoir si les compétences de l'IADE sont mobilisées par les acteurs de la spécialité et de quelle manière elles le sont.
- Connaître les représentations des acteurs de la spécialité sur la place de l'IADE au SMUR.

1.2 Choix du type d'étude

La nature de ces objectifs est axée sur l'étude d'un phénomène social et d'une représentation individuelle des acteurs qui interviennent dans ce phénomène. Cette nature influence donc le choix du type d'étude à mener.

L'objectif de cette recherche est alors d'aller recueillir sur le terrain, auprès de professionnels intervenant dans le cadre de la médecine d'urgence et plus particulièrement au SMUR, leurs connaissances et représentations des compétences de l'IADE.

Pour ce faire, nous avons donc choisi d'utiliser la méthode qualitative pour mener cette recherche.

En effet, selon Denise Jodelet,

« Le recours au qualitatif, par l'ouverture à l'autre qu'il suppose, est seul à même de favoriser d'une part, la découverte d'un phénomène émergent dû à la mobilité sociale [...] d'autre part, la saisie du caractère évolutif et dynamique des phénomènes [...] occasionnant la variété des perspectives adoptées par les acteurs qui y sont engagés » (Jodelet, 1991).

La méthode qualitative paraît donc indiquée pour mener cette recherche. Un questionnaire aurait également pu être envisagé, notamment pour déterminer le niveau de connaissances des acteurs sur la profession IADE. Cependant, il aurait amené *« un cadre aux réponses, souvent précontraintes, des personnes interrogées »*, *« l'approche qualitative s'efforce de ne pas intervenir sur le cours des choses observé »* (Le Boterf Guy, 1999). Par ailleurs *« la complexité des phénomènes étudiés »* associée à l'étude de *« l'ensemble des dimensions qui caractérisent un phénomène »* tend vers une approche qualitative (Jodelet Denise, 2003).

Parmi les outils relevant de la démarche qualitative, l'entretien est donc l'outil le plus approprié pour mener mon étude. En effet, l'entretien qualitatif est un moyen d'explorer les perceptions, les attitudes, les opinions et les croyances des participants de manière approfondie et détaillée. (Gubrium & Holstein, 2002)

Au moyen d'entretiens semi-directifs, nous souhaitons pouvoir explorer le phénomène complexe que peut revêtir l'IADE et ses compétences au SMUR et en obtenir une compréhension approfondie et nuancée des points de vue et des expériences des participants (Yin, 2003).

1.3 Type d'étude et population

La population ciblée représente des professionnels intervenant au SMUR et regroupant plusieurs catégories de professions.

Nous avons donc choisi, dans un premier temps, les médecins intervenants au SMUR. En effet ceux-ci semblent les premiers à pouvoir mobiliser les compétences IADE, notamment en raison de la délégation de tâches qui pourrait s'opérer. Nous avons ensuite déterminé que la vision des cadres de santé en gestion d'équipes SMUR pouvait amener une compréhension sur le phénomène étudié.

Le choix de l'échantillon et les critères de sélection ont été établis de manière empirique. Ils tiennent compte d'une part, de la représentativité présumée du groupe, et d'autre part, de la faisabilité du nombre de sujets à interroger dans un temps donné.

De ce fait, nous avons donc retenu l'effectif suivant :

- 6 médecins.
- 3 cadres de santé.

Pour les choix des critères de sélection et des variables concernant les médecins, le type du diplôme et l'expérience ont été retenus. Pour les cadres de santé, la variable type du diplôme a uniquement été retenue.

La variable diplôme pour les médecins est défini par son type : soit CAMU, soit DESC puisque la typologie de la formation pourrait avoir un impact.

En raison de leur retrait des SMUR et de leur faible représentativité présumée dans cette activité, nous avons décidé de ne pas inclure les MAR dans l'étude. De plus la relation IADE/MAR aurait pu entraîner un biais important dans les réponses.

La variable expérience, quant à elle, a été retenue, car elle pourrait également avoir des conséquences sur les représentations et la mobilisation des compétences des IADE.

Pour les cadres de santé, le type de diplôme infirmier, IDE ou IADE, est choisi comme variable, car il pourrait avoir un impact sur la gestion des compétences IADE.

1.4 Mesures et procédures

La réalisation de l'entretien semi-directif implique la prise en compte d'un certain nombre d'éléments parmi lesquels figurent les buts de l'étude, le cadre conceptuel, les questions de recherche (Flick, 2007).

Le guide est construit en ce sens, il est un cadre qui doit faciliter la compréhension des questions pour l'interviewer et donner une ligne à l'intervieweur pour mener son entretien.

Il a été construit en 5 étapes (Salès-Wuillemin, 2006) :

- 1- L'évocation des thèmes qui structurent l'objet d'étude (étude de documents, « brain storming », entretiens non directifs préalables...) sont autant de sources possibles d'informations.
- 2- Le regroupement des thèmes dans un nombre limité de catégories (avec respect des règles de catégorisation : pertinence, exhaustivité, homogénéité, exclusivité).
- 3- L'intégration des thèmes généraux dans le guide.

- 4- L'élaboration d'une ou de plusieurs questions par thème. Celles-ci doivent rester de portée générale, leur formulation est proche d'une question inductrice.
- 5- La détermination de leur ordre d'introduction dans l'entretien. Plusieurs ordres possibles : logique (questions portant sur les causes, puis les conséquences, puis l'évolution), psychologique (questions les moins impliquantes en premier, les plus impliquantes en dernier), thématique (questions générales en premier, plus spécifiques en dernier), etc...

Le guide est composé d'une consigne générale afin d'énoncer l'objectif et le thème de la recherche. Cette consigne donne également le cadre dans lequel est réalisé l'entretien.

Il contient ensuite une première question dite question inaugurale, elle permet d'initier l'échange en mettant à l'aise les interviewés afin d'accéder à leur univers de pensée et leurs représentations propres.

Les questions sont ensuite réparties par thèmes, définis lors de l'élaboration du guide. Les questions sont rédigées de manière ouverte pour pouvoir conduire l'entretien sous forme de conversation et faciliter l'expression la plus libre du sujet (Jodelet Denise, 2003).

Le guide (annexe II) a été réparti en 4 thèmes :

- L'IADE dans l'organisation au SMUR.
- L'IADE sur le terrain.
- La connaissance des compétences de L'IADE.
- Le contexte de la profession IADE au SMUR.

Pour le thème « l'IADE sur le terrain », une forme d'entretien narratif a été utilisée en proposant une situation clinique d'intervention d'une équipe SMUR. Le but est de permettre au sujet de reconstruire à partir de sa propre perspective les événements auxquels il a participé comme acteur. Afin d'éviter des transcriptions factuelles, les situations narratives ont été prédéterminées (Jodelet Denise, 2003).

Des relances sont associées aux questions pour faciliter la conduite de l'entretien et rester dans les thèmes définis.

1.5 Le déroulement

Les entretiens se sont déroulés pendant le stage recherche entre le 23 janvier et le 17 février 2023.

Du fait de la distance, les entretiens avec les médecins et le cadre de santé du CHIV ont été réalisés à l'aide du logiciel Microsoft Teams.

Les entretiens avec les médecins et cadres de santé du CHRU se sont déroulés sur le site de la Cavale Blanche dans des bureaux et salles de réunion investis pour l'occasion.

Pour les entretiens avec les professionnels du CHIC, ils ont été menés pour un médecin en visio (médecin en vacances) et en présentiel à Brest pour le deuxième.

Tous les entretiens ont été réalisés avec la même approche et conduits avec le guide d'entretien. Ils ont été effectués dans le cadre d'un contrat moral et tacite où le type de demande et le cadre de la recherche ont été énoncés. La confidentialité est garantie dans ce contrat.

Les entretiens ont été enregistrés de façon numérique avec l'accord des interviewés. Les enregistrements ont été détruits après leur retranscription.

2 Analyse de contenu

L'analyse des données verbales vise à révéler le contenu des propos recueillis (mots prononcés, thématiques abordées...), leur organisation (réseau thématique, organisation logique...), afin d'analyser les liens existants entre ces propos et l'état mental de l'individu (attitude, représentation...). (Salès-Wuillemin, 2006)

2.1 Préanalyse

Le traitement a débuté par une préanalyse. Les entretiens ont été tout d'abord retranscrits et ont ensuite fait l'objet d'une lecture flottante. La méthode d'analyse retenue est l'analyse lexicale et thématique. L'objectif est de dégager des noyaux de thèmes en fonction de leur catégorie et fréquence d'apparition. La préanalyse est fondée sur la méthode de Meyer (Delhome, P., 1997) et porte sur 1/4 du corpus qui correspond à 2 entretiens (annexe III). Les thèmes sont ensuite isolés et hiérarchisés.

Ces thèmes sont ensuite reportés dans une grille d'analyse et catégorisés en fonction des réponses aux questions obtenues lors des entretiens.

La grille (Annexe IV) a été testée sur une partie du corpus, puis utilisée pour l'ensemble des entretiens en vue de l'exploitation.

2.2 Exploitation

2.2.1 Échantillon

Le tableau et les graphiques suivants décrivent les informations et caractéristiques de l'échantillon :

Tableau 2 Échantillon retenu pour l'étude

	Sexe	Diplôme	Expérience	Type d'établissement	SMUR M= IDE/IADE S = IADE)
Médecin 1	Homme	DESC	12 ans	CHU	M
Médecin 2	Femme	CAMU / DU médecine catastrophe	20 ans	CH périphérique	S
Médecin 3	Homme	DESC	10 ans	CHU	M
Médecin 4	Homme	DESC	1 ans	CHU	M
Médecin 5	Femme	DESC	12 ans	CH périphérique	S
Médecin 6	Femme	DESC	3 ans	CHU + CH périphérique	M+S
Cadre de santé 1	Femme	IADE	20 ans	CH périphérique	S
Cadre de santé 2	Femme	IDE	22 ans	CHU	M

Il y a un écart entre l'échantillon cible et celui que nous avons recruté. En effet, la proportion de médecins titulaires du DESC est plus importante (83%) et seuls 2 cadres sur les 3 ciblés ont été interrogés.

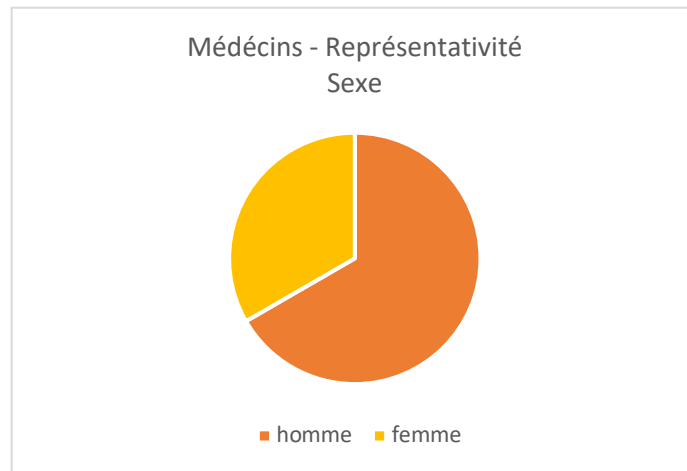


Figure 1 Graphique proportion hommes/femmes

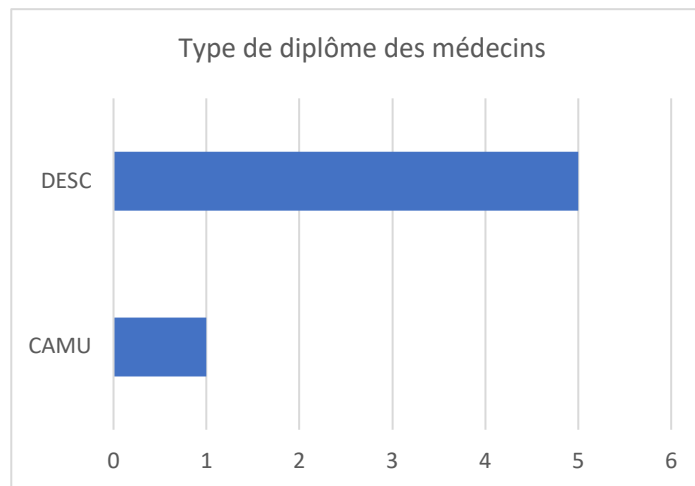


Figure 2 Graphique proportion DESC/CAMU

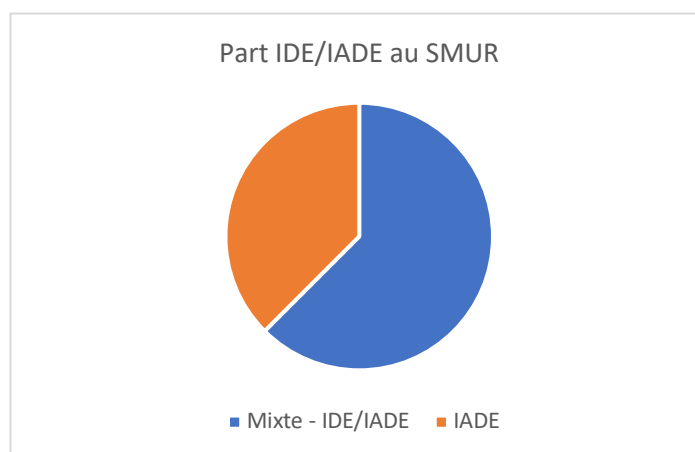


Figure 3 Graphique proportion type d'organisation

La moyenne d'ancienneté pour les médecins est de 9,2 ans.

L'expérience professionnelle (considérée après obtention du DESC ou CAMU) la moins importante est égale à 1 an et la plus importante est égale à 20 ans.

Pour les cadres de santé qui ont été interrogées (2 femmes), leur expérience professionnelle est supérieure à 20 ans.

72% de l'échantillon exerce dans une structure SMUR où l'activité est exercée à la fois par des IDE et des IADE.

Un médecin exerce dans deux structures à la fois.

2.2.2 Exploitations des entretiens

La durée moyenne des entretiens est de 31 minutes. L'entretien le plus court est de 20 minutes et le plus long est de 34 minutes.

L'analyse lexicale nous a révélé des occurrences de champs et de mots⁵ :

Le champ lexical associé à l'intubation apparaît dans 71 % des entretiens.

Le mot « infirmier » et « médecin » et son champ lexical associé est présent dans 100 % des entretiens. C'est le cas également pour le terme « urgence ».

Le champ lexical en lien avec l'équipe est lui présent à 42%.

Celui sur les compétences présente une occurrence de 57%.

Sur le thème : l'IADE dans l'organisation du SMUR

Les deux graphiques ci-dessous illustrent la récurrence des champs lexicaux et mots :

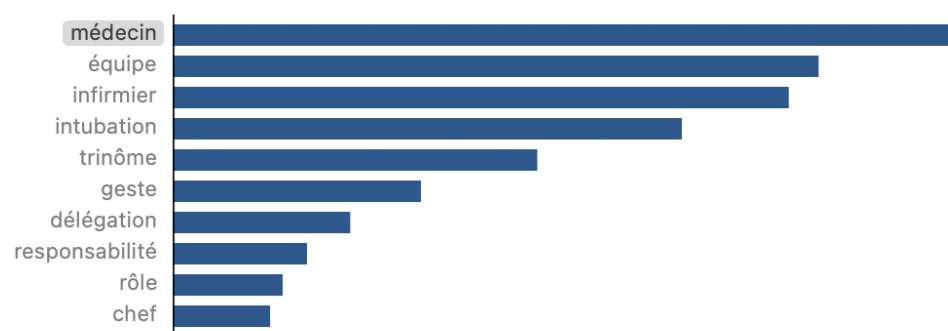


Figure 4 Représentation lexicale 1

⁵ Les champs lexicaux et mots suivants ont été retirés de l'analyse : SMUR, ambulancier.

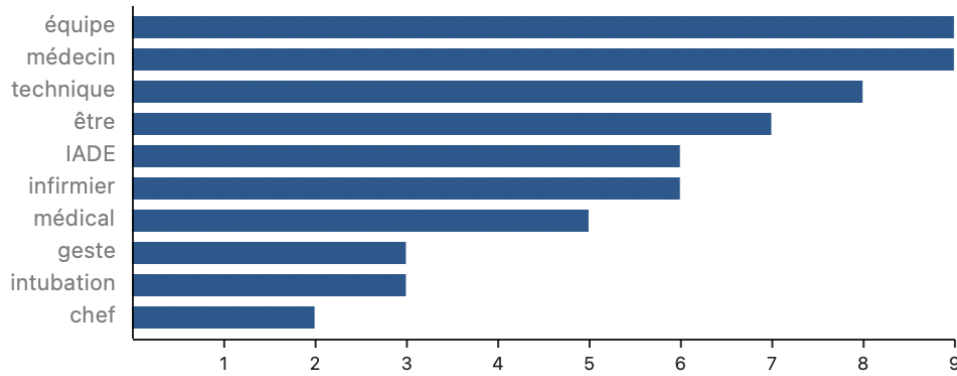


Figure 5 Représentation mots 1

Sur la différence IADE/IDE

Le nuage ci-dessous illustre les mots utilisés et leur prévalence sur le thème de la différence IDE/IADE.



Figure 6 Nuage de mots 1

Sur le thème de l'IADE sur le terrain

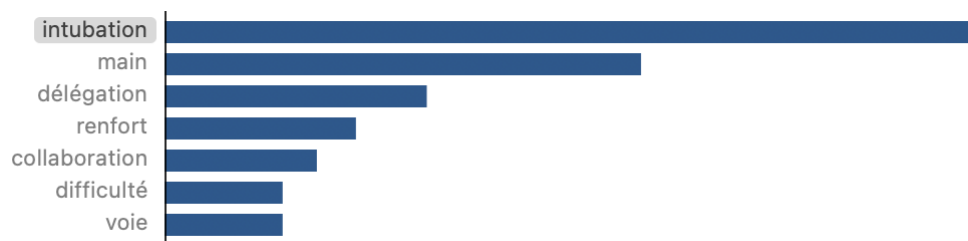


Figure 7 Représentation lexicale 2

Le champ lexical fait principalement référence à l'intubation et l'on retrouve également des références à la délégation et la collaboration. Le mot « main » illustre le renfort, qui est également ressorti dans le champ lexical.

Ces thèmes sont apparus avec une fréquence de 87 %.

Sur le thème de la connaissance de L'IADE.

Le graphique ci-dessous illustre les champs lexicaux prévalents :

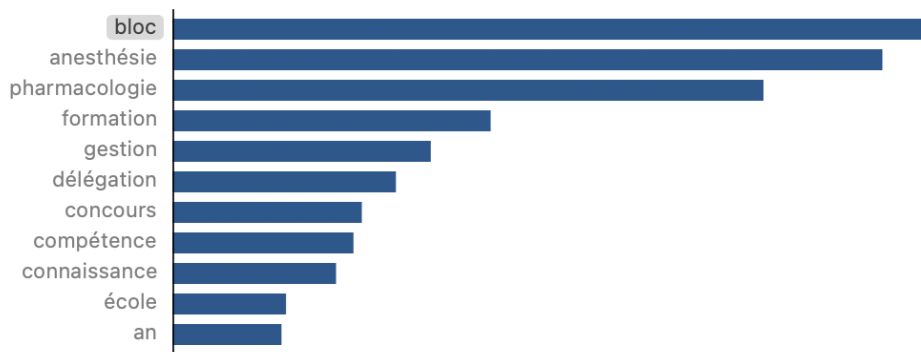


Figure 8 Représentation lexicale 3

L'analyse verbale est illustrée ci-dessous. Dans les entretiens, les verbes « savoir » et « connaître » sont associés à une forme négative.

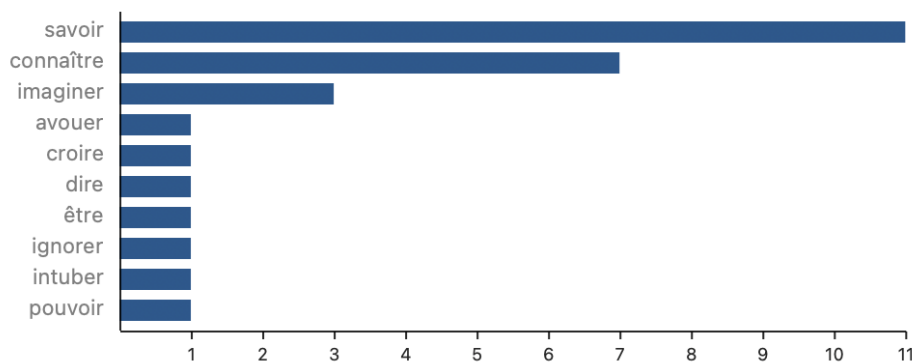


Figure 9 Représentation verbale 1

Sur le contexte de la profession IADE au SMUR.

Le nuage de mots ci-dessous illustre les références lexicales sur ce thème.



Figure 10 Nuage de mots 2

3 Analyse des résultats

Afin de garantir l'anonymat des personnes interrogées et de faciliter la lecture des résultats, les médecins et cadre de santé interrogés seront identifiés de la manière suivante :

- Médecin 1 ou M1 Médecin 2 ou M2... Médecin 6 ou M6.
- Cadre de santé 1 ou CDS 1 et cadre de santé ou CDS 2.

3.1 La mobilisation et la valorisation des compétences de l'IADE

L'intubation

L'ensemble des professionnels interrogés associent spontanément l'IADE au geste technique de l'intubation et plus généralement à la gestion des voies aériennes des patients.

« [...] elles ont la pratique et la formation l'intubation » (M1)

« Il y a des gestes spécifiques que l'IADE sait faire, donc l'intubation » (M4)

« [...] il sait gérer le ventilatoire seul, intuber, gérer une ventilation » (M6)

« L'IADE peut intuber et prendre en charge d'une façon différente le patient » (CDS2)

5 médecins sur 6 considèrent que l'IADE peut intuber dans l'activité extrahospitalière.

1 médecin reconnaît cette compétence, mais considère qu'elle ne peut s'exercer qu'au bloc opératoire.

« *L'intubation de l'IADE, ça doit, ça peut se faire qu'au bloc après une consultation du MAR* »
[...] *S'il faut intuber, l'intubation sauf urgence vitale, elle peut être un petit peu retardé avec une ventilation autre* » (M1)

Ils reconnaissent la pratique de ce geste comme une pratique maîtrisée et réalisée par l'IADE régulièrement y compris dans les cas d'intubation difficile.

« *Des connaissances plus fortes sur [...] les gestes aussi l'intubation.* » (M3).
« *Ils ont quand même plus l'habitude que nous, on en fait pas tant que ça aux urgences, on n'en fait pas à chaque garde SMUR* » (M2)
« *Je dirais que c'est assez confortable d'avoir quelqu'un d'autre qui sait intuber et qui fait quand même le geste beaucoup plus régulièrement que nous* » (M5)

Pharmacologie

Lorsque nous analysons les réponses des médecins sur la mobilisation de la compétence de l'IADE sur la pharmacologie, elle ne semble pas mobilisée lorsqu'elle est associée à la question de la dilution des thérapeutiques. Les réponses données sans hésitation sont plutôt les suivantes :

« *Je donne les poso* » (M3)
« *Non pour moi ça change rien du tout* » (M1)
« *Non pas spécialement je crois pas* » (M4)

Cependant lorsqu'elle est abordée sur la question des compétences générales, tous s'accordent à dire qu'elle est majorée.

« *Elles utilisent les médicaments d'anesthésie régulièrement* » (M2)
« *Une compétence particulière sur la rapidité de préparations de certains médicaments* » (M5)

Le mot « *Lead* » (pour leader) y est aussi associé.

« *Tout ce qui est gestion des drogues, je pense que des fois ils peuvent être enfin le lead là-dessus sur ça certaines questions de drogues, sur certaines inductions parce qu'en fait ils manipulent plus que nous* » (M6)

Pose et gestion des voies veineuses

Les médecins interrogés qui exercent dans les SMUR où l'infirmier est exclusivement un IADE abordent la gestion et/ou la pose de voies veineuses comme une compétence augmentée.

En effet, les médecins sollicitent par exemple l'IADE pour pose du KT intra-osseux.

« *De toute façon par habitude, ils se mettent sur les bras et sur l'extrémité, selon si on a le temps de chercher, si c'est là dans le cadre l'arrêt, effectivement si elle va me dire, je prends l'intra-osseux, je lui dis ok* » (M2)

« *La pose d'intra-osseux, si mon collègue IADE me demande, je laisse faire le geste* » (M5)

Pour les médecins exerçant dans des SMUR mixtes (IADE /IDE), les réponses sont différentes. Ils ne dissocient pas l'IADE et l'IDE dans la pose et les gestions des voies veineuses.

« *Non je laisse gérer l'IDE ou l'IADE, je surveille ce qu'il se passe, si jamais ça galère le KT intra-osseux sera pas très loin* » (M3) [Et qui pose le KT intra-osseux ?] (IR)]

« *Moi du coup* » (M3)

« *Après l'IADE je sais qu'il y a la pose des KT intra-osseux, après je sais pas si ils sont autorisés en extrahospitalier à faire* » (M6)

Un médecin souligne cependant que l'IADE possède une plus-value pour la réalisation des abords veineux.

« *[...] une plus-value sur certains abords veineux où ils ont plus l'habitude sur certains types de malades à pouvoir mieux réaliser des abords veineux* » (M1)

Pour les cadres de santé, seule la cadre de santé 1 évoque la pose de voie veineuse notamment écho guidée.

« Parfois, il y a des situations où l'expertise IADE est vraiment nécessaire ne serait-ce... ou la voie veineuse [...] On commence beaucoup à développer les voies veineuses sous échographie » (CDS1)

Les compétences sur la gestion des voies aériennes et notamment l'intubation sont mises en valeur à travers les entretiens.

Même si les connaissances et compétences en pharmacologie ne semblent pas mobilisées, les interrogés reconnaissent à l'IADE une compétence majorée dans ce domaine.

Enfin, l'IADE est dans l'ensemble également reconnu pour son expertise dans la pose et la gestion des voies veineuses.

3.2 Connaissances sur la profession d'infirmier anesthésiste

La cadre de santé 1 est IADE de formation. Elle n'a donc pas été interrogée cependant elle a dit lors de l'entretien ceci :

« Je ne suis pas certaine que tout le monde ait le même niveau de connaissance, le même abord vis-à-vis des compétences de l'IADE [...] C'est un peu nébuleux pour les médecins » (CDS1)

En effet, les résultats montrent que l'ensemble des médecins et la cadre de santé appuient leurs connaissances de la profession IADE plutôt sur des représentations collectives.

L'ensemble de l'échantillon (sauf CDS 1) sur ce sujet admet un manque de connaissances et parfois ont présenté un embarras par rapport à ce manque de connaissances.

*« Je ne sais plus », « Je ne l'ai pas trop, j'imagine » (M1)
« Je ne sais pas vraiment », « je ne maîtrise pas trop bien » (M2)
« J'avoue ne sais pas trop » (M5)*

Le terme « j'imagine » est utilisé, pour caractériser leurs connaissances, par 3 médecins sur 6 (Med 1, 2, 5).

« *Après le contenu exact de la formation théorique et pratique, je ne l'ai pas trop, j'imagine qu'il y a plus quand même de pharmaco et d'anesthésiologie, car c'est le cœur de métier secondaire* » (M1)

Tous les interrogés citent ou évoquent la nécessité d'une entrée en formation pour devenir IADE.

4 médecins sur 6 rapportent qu'il faut 2 ans de formation sans pour autant en avoir la certitude puisque leur réponse est associée aux termes tels que « *Je crois* » ou « *Mais c'est peut-être une connerie* » (Médecin 3). La tournure interrogative pour répondre est également utilisée.

« *Je maîtrise pas trop bien après combien de temps ils peuvent partir à l'école des IADE et puis après c'est 2 ans je ne me trompe pas ?* » (M4)

2 médecins répondent de façon moins précise.

« *Alors je sais plus, s'il y a 2 an et demi ou 3 ans d'école d'infirmier et après c'est 2 ans d'école ?* » (M1)

Les conditions d'expériences professionnelles et les modalités d'accès à la formation sont évoquées de manières différentes.

3 professionnels sur 7 parlent du concours de sélection pour l'entrée en formation.

« *Après c'est passer le fameux concours* » (M5)

Les 2 autres répondants évoquent le concours de manière imprécise ou interrogative.

« *Après c'est un concours ? euh sur concours ? Non, tu rentres à l'école et tu as un concours à la fin* » (M4)

5 interviewés sur 7 pensent qu'une expérience est nécessaire, mais là également les réponses restent imprécises.

« Je ne sais pas s'il faut absolument passer dans un service de réa pour passer le concours IADE, je crois que tu as forcément ? Je sais pas ? Il doit y avoir un nombre d'années d'IDE avant de s'engager dans la formation IADE, j'aurais dit 5 ans » (M 3)

« Infirmier déjà, est-ce qu'il a besoin de suffisamment d'ancienneté, je serai tenté de dire oui, maintenant combien ? Mettons 2 ans de pratique » (M4)

« Le parcours IADE, je pense qu'il faut avoir une expérience dans les différents services hospitaliers, je pense qu'être passé par la réanimation, par les urgences, par les SSPI ou les blocs... » (CDS 2)

Concernant l'aspect législatif dans lequel s'exerce la profession IADE, 6 interrogés sur 7 précisent ne pas connaître le cadre juridique, mais on retrouve des éléments partiels de réponses.

« Non je vois pas du tout, je connais pas du tout » (CDS1)

« J'avoue je sais pas trop, tout est sous la délégation du médecin » (M5)

« Sous délégation médicale peut-être » (M2)

Le médecin 4 avance quant à lui « La supervision médicale ».

La médecin 6 dit ne pas connaître le cadre législatif et ajoute ceci :

« On les mets potentiellement parfois en porte à faux par rapport à leur cadre légal de leurs compétences » (M6)

Seul un médecin sur les 6 dit que pour lui les textes sont clairs :

« Moi d'après ce que je sais, c'est le décret de mars 2017. C'est assez clair dans quel champ ils exercent. C'est sous la responsabilité du MAR après la réalisation d'une consultation d'anesthésie ».» (M1)

Ici, le contexte de l'exercice au bloc opératoire est plutôt explicité et la supervision du MAR sur l'IADE semble étendue à tous les champs d'exercices selon ce médecin.

Les connaissances sur les IADE restent, dans l'ensemble, superficielles et fondées sur des représentations. Le parcours et la formation ne sont connus que dans leurs grandes lignes. L'aspect législatif dans lequel les IADE exercent leurs compétences reste flou et questionné.

3.3 Perception de la différence entre IDE et IADE

Dans cette partie, il n'est pas question à travers cette enquête de faire la démonstration d'une plus-value de l'IADE vis-à-vis des IDE dans l'activité préhospitalière. Les comparatifs ne grandissent aucune personne.

Cette question a parfois semblé mettre mal à l'aise certains interviewés, car elle a posé, pour certaines structures, des problématiques RH qui impactent les relations intra-professionnelles. Les résultats sur la perception qu'ont les interrogés sur la différence entre IADE et IDE nous permettent cependant de mieux comprendre l'impact sur la reconnaissance des IADE.

L'ensemble des professionnels interrogés font, dans un premier temps, un état des différences entre IADE et IDE, sur la qualification et la formation.

3 médecins sur 6 associent immédiatement cette différence sur la formation.

« Alors l'IADE, il une formation supplémentaire de 2 ans » (M1)

« 2 ans d'études déjà... » (M3)

Les 6 médecins mettent en avant des qualifications telles que la gestion ventilatoire, des connaissances ou des habitudes de travail.

« Il sait gérer seul le ventilatoire » (M6)

« Des connaissances théoriques plus fortes sur la gestion de patient ventilé... » (M3)

« Des gestes de réanimation et d'anesthésie, je suis beaucoup plus à l'aise avec mes IADE qui sont formés à la faire » (M2)

5 médecins sur 6 citent directement ou font référence au bloc opératoire lorsque nous évoquons la différence entre IADE et IDE.

« *Au vue de sa formation et parce qu'il travaille au bloc...* » (M 6)
« *La prise en charge anesthésique de patients et l'encadrement de patient au bloc* » (M 4)
« *Une habitude de surveillance particulière au bloc* » (M 5)
« *Une présence plutôt secondaire au bloc opératoire des établissements de santé* » (M1)

L'ensemble des médecins reconnaissent les compétences et les connaissances majorées des IADE par rapport aux IDE sur l'anesthésie et la réalisation de gestes techniques.

« *Des connaissances théoriques plus fortes sur la gestion du patient ventilé, des connaissances sur l'hémodynamie [...] aussi sur les connaissances, il y a beaucoup d'échanges sur tout ce qui est fonction respiratoire et circulatoire, il y a beaucoup plus d'échanges globalement avec les IADE qu'avec les infirmiers...* » (M3)
« *[...] c'est-à-dire peut-être plus à l'aise avec l'anesthésie et l'analgésie et le technicage des patients plus durs et où il faut être assez rapide. Il y plus de gestes en fait en tant qu'IADE* » (M1)

Nous pouvons voir avec ces résultats que les médecins interrogés fondent la différence IADE/IDE sur l'apport en compétences et connaissances qu'obtient l'IADE avec sa formation et son activité au bloc opératoire.

Mais les résultats montrent également que les médecins considèrent que, l'expérience professionnelle acquise par les IDE, compense dans une certaine mesure, les différences IADE et IDE.

En effet, dans l'ensemble des entretiens avec les médecins, nous retrouvons cette représentation.

« *Il y a des IDE qui deviennent de plus en plus compétents avec la mutualisation des moyens* » (M1)
« *Sur la technicité après c'est difficile, les infirmiers qui étaient là depuis 15 ans au SMUR sur le plan technique et même théorique, il y avait des connaissances* » (M3)
« *L'expérience prime largement sur le statut d'infirmier avec qui tu sors* » (M 4)
« *Oui l'expérience en fait, te permet d'activer certaines compétences de l'IADE* » (M 6)

Les 2 cadres de santé fondent également la différence IADE/IDE sur les compétences et connaissances majorées par la formation. Elles ne considèrent pas cependant contrairement aux médecins que l'expérience des IDE est un facteur de compensation de cette différence.

L'ensemble des professionnels interrogés perçoivent une différence IADE et IDE. Cette différence semble plus marquée dans les formulations des professionnels interrogés exerçant dans les SMUR armés uniquement par des IADE.

Elle est fondée d'une part, sur la formation complémentaire qui est enseignée aux IADE et d'autre part, sur leurs connaissances et qualifications avec un lien fait autour de leurs activités au bloc opératoire.

Les entretiens révèlent par ailleurs que, pour les médecins, l'expérience acquise par les IDE viendrait diminuer, voire effacer cette différence entre IADE et IDE dans l'activité préhospitalière.

3.4 L'IADE et le SMUR

3.4.1 Dans l'organisation

Lorsque dans les entretiens, nous demandons de décrire l'organisation et le fonctionnement du SMUR, l'IADE est nommé systématiquement par les interviewés.

Bien entendu, dans les structures où l'infirmier est uniquement un infirmier de formation IADE cette réponse est logique.

Dans les structures mixtes, les IADE sont également nommés et ils le sont de manière différenciée des IDE.

« Alors il y a l'infirmier ou l'IADE du SMUR » (M1)

« Les équipes paramédicales sont sur le SAMU et quelques-uns, une minorité pour l'instant font urgences et SAMU. La grosse majorité sont IADE ... » (M3)

« Après t'as à la fois des infirmiers et des infirmiers avec le diplôme IADE... » (M6)

Dans la structure SMUR, l'IADE n'apparaît pas être associé à un rôle organisationnel transversal autre que son rôle sur le terrain clairement identifiable.

La cadre de santé 1 et le médecin 2 disent cependant s'appuyer sur des IADE pour la gestion de problèmes d'ordre technique et matériel ou pour le développement et l'apport de nouvelles techniques comme l'intégration de la VVP échoguidée, la sédation par voie nasale ou du McGrath dans leur SMUR.

« Chez nous, c'est les IADE qui ont implantés le McGrath dans le camion » (CDS 1)

L'IADE est clairement identifié dans la structure SMUR, mais ne semble pas dans cette enquête y avoir un rôle organisationnel.

3.4.2 Sur le terrain

À travers les différentes questions posées lors des entretiens, nous voulions savoir comment les IADE étaient perçus au SMUR lorsqu'ils étaient engagés sur le terrain.

Les résultats montrent une tendance à dire pour 7 personnes interrogées sur 8, que l'IADE est un renfort technique et un soutien dans l'activité SMUR.

Des termes avec cette idée sont employés : soupape, backup, passer la main, renfort.

« Sur les gestes aussi, l'intubation c'est important, ça permet d'avoir une soupape quand on se dit que le patient va être difficile à intuber [...] Si je galère à intuber, ou si je sens que ça va être une intubation difficile pour X raisons, je vais potentiellement attendre que l'infirmier ait finit, de façon à avoir un back-up [...] de l'aide pour intuber, si c'est un IADE ... » (M3)

« Il peut reprendre la main sur certains gestes d'intubation » (M4)

« Elles ont la pratique et la formation pour l'intubation, ce qui nous permet ben d'être à 2 à pouvoir la faire sur une inter, voilà c'est pas, c'est pas trop parfois quand c'est compliqué » (M2)

Le médecin 5 utilise le terme « renfort technique » lorsqu'elle évoque une difficulté technique et précise que « c'est un renfort indéniable ».

Cette posture de l'IADE comme soutien technique est également soulignée par le médecin 6 notamment, car elle se considère novice dans sa pratique technique.

« La gestion des drogues, même de savoir quelqu'un qui sait gérer du ventilatoire si jamais ben tu arrives pas à intuber, t'as une intubation difficile ou quoi enfin y a des choses où tu peux vraiment travailler réfléchir à 2. Surtout en tant que jeune, enfin c'est des personnes sur qui on se repose quand même beaucoup, un vrai soutien en tout cas pour moi comme jeune médecin »
(M6)

Une vision retenue par un autre médecin novice évoquant une situation complexe en intervention :

« Là je serai plus à l'aise avec un IADE » (M4)

Les cadres de santé identifient aussi l'IADE comme un renfort technique.

« Leurs compétences sont complètement utilisées, ça arrive qu'un médecin n'arrive pas à intuber et passe la main à l'IADE » (CDS1)

Les IADE sont donc perçus, par une majorité des professionnels interrogés, comme un renfort technique notamment par les médecins novices.

3.4.3 Sur la question de la place de l'IADE au SMUR

Sur la question de la place de l'IADE et d'une remise en cause de celle-ci, plusieurs idées se dégagent dans les entretiens.

Une première cause avancée est financière pour 4 interrogés sur 8 :

« Le volet économique, car une IADE ça coûte plus cher qu'un infirmier qui sort de l'école »
(CDS1)

« Ben pour faire des économies, parce que ça c'est un peu foutage, hein. Voilà pour rester correct, si on met des IDE et qu'on leur demande de faire le même boulot, à part des économies, je vois pas à quoi ça sert » (M2)

« C'est une histoire d'argent, alors c'est pas mon point de vue, c'est un point de vue » (M3)

« Je crois qu'il y a aussi une raison financière, comme toujours » (M5)

Une deuxième cause, explicitée dans les entretiens, serait le contexte des ressources humaines. En effet 4 interrogés sur 8 (2 médecins et 2 cadres de santé) pensent que la gestion des ressources humaines a un impact sur le retrait des IADE des SMUR.

« [...] en termes de pénurie de compétences maintenant sur des blocs de plus en plus compliqués, c'est vrai qu'il y a une vraie plus-value à avoir des gens compétents et habitués à gérer ce type de situation au bloc opératoire et je pense que l'IADE a pleinement sa place là-bas » (M1)

« C'est peut-être le recrutement IADE sur l'ensemble des établissements ou au niveau national, les établissements réfléchissent par rapport au bloc opératoire, votre place est super essentielle, dans les SMUR effectivement ça se fait aussi avec des infirmiers donc voilà en termes de gestion des ressources humaines et de l'absentéisme c'est peut-être voilà des questions qui peuvent être mis sur la table » (CDS 2)

Cette cause est avancée également par la CDS 1, mais à laquelle elle oppose aussi la vision RH de son établissement. L'activité SMUR y est perçue comme un facteur d'attractivité pour recruter des IADE dans un bassin d'emploi à flux tendu.

« Je ne sais pas vous, mais certains centres ont de grosses difficultés pour recruter des IADE, donc s'ils en ont, ils préfèrent les voir au bloc. D'un autre côté, c'est aussi ça que j'argumente auprès de la direction, c'est que le fait d'être positionné au SMUR c'est aussi un facteur d'attractivité., c'est pour ça que moi j'ai mon effectif plein alors que je sais que dans d'autres structures, il y a des difficultés de recrutement » (CDS1)

Une autre hypothèse pour expliquer une remise en cause de l'intérêt des IADE dans l'activité SMUR a été exprimée lors des entretiens.

La présence médicale, mieux formée que dans le passé, rend moins nécessaire cette présence de l'IADE. Il semble y avoir une superposition des compétences pour 4 interrogés sur 8, ne permettant pas alors de mobiliser celle des IADES autrement que dans le contexte du renfort technique.

« Il y a une certaine compétence au niveau médical qu'il n'y avait pas auparavant » (CDS 2)
 « Les médecins urgentistes étaient moins bien formés », « on sait aujourd'hui qu'un médecin du SAMU, il peut pas faire du SMUR s'il a pas eu, avec une formation qui doit justifier d'être expert sur certains gestes, ben c'est sûr que ça fait doublon avec certaines compétences de l'IADE. Après en ce sens c'est moins nécessaire qu'il y a 20 ans d'avoir des IADE au SMUR » (M3)

« Surtout que les médecins urgentistes aujourd'hui, c'est pas pour me rendre des fleurs, les urgentistes aujourd'hui on a une formation qui est de plus en plus aboutie, on est devenu performants sur les gestes de technicage... il y a peut-être une superposition des compétences avec le médecin » (M4)

« Je pense que finalement, dans le quotidien dû à la présence médicale, je pense que du coup, leur rôle au quotidien en SMUR, en intervention SMUR ne permet pas d'utiliser tout leur panel de compétences » (M6)

Cette faible mobilisation des compétences relevée par la médecin 6 est également avancée par la médecin 5, elle précise ceci :

« Quand on prend le volume global de toutes les interventions du SMUR, les compétences de l'IADE ne sont pas mises à profit sur une majorité des cas » (M6)

Trois hypothèses se sont donc dégagées de ces entretiens pour tenter d'expliquer la remise en question de l'intérêt de la présence des IADE au SMUR :

- Le coût financier de l'utilisation des IADE quand des IDE peuvent être employés.
- Les difficultés RH dans l'emploi des IADE avec un repositionnement au bloc opératoire.
- La faible mobilisation des compétences IADE et la superposition de ces compétences avec celles de médecins urgentistes mieux formés.

3.4.4 Sur l'impact d'une disparition des IADE au SMUR

La question qui a été posée sur l'impact d'une disparition des IADES au SMUR révèle que celui-ci serait principalement la perte du renfort technique, notamment dans les situations complexes ainsi que pour les médecins novices.

« Je pense qu'il peut ne pas en avoir, tout se réorganise, dans ce cas il faut les jeunes médecins, ils ont de vieux infirmiers avec eux et après sur les gestes, sur la protection respiratoire, il y a des choses à mettre en place avec des médecins mobiles qui viendrait aider un jeune en difficulté » (M3)

« Ben oui clairement, moi je sais que surtout en tant que jeune c'est des personnes sur qui on se repose quand même beaucoup » (M6)

« Moi ma position, elle est pas tranchée du tout [...] je vois qu'il y a un intérêt à avoir un IADE, sur des retours, des retours de collègues professionnels qui ont été dans des situations complexes » (CDS2)

Une position sur les impacts qui apparaît plus marquée dans les centres où l'activité SMUR est uniquement exercée par des IADE.

« La perte des compétences » (M2)

« J'ai des petites histoires qui sont dramatiques, on a tout le temps des cas cliniques, des cas concrets, ce qu'un IADE apporte et ce qu'un infirmier ne peut pas apporter, donc il y a tout le temps cette expertise technique qui est là. Il y un l'impact au niveau du patient, parfois il y a des situations où l'expertise IADE est vraiment nécessaire...» (CDS1)

« Ah bah alors il va avoir, voilà clairement, effectivement, y a ce renfort technique parce qu'une IDE ne sait pas intuber » (M5)

Le médecin 1 pense qu'il y aura peu d'impact sur les prises en charges primaires, mais précise ceci :

« Il y a éventuellement quelque chose qui pourrait se discuter, c'est sur les transferts inter-Hospitaliers [...] l'IADE restera peut-être un peu plus compétent ou plus habilité à faire le transfert » (M1)

Dans les entretiens, l'idée qui s'en dégage est que, l'impact d'un retrait reposerait donc principalement sur la disparition possible du renfort technique ou de la compétence des IADE dans le transport inter-hospitalier.

4 Discussion

L'objectif principal de l'étude était de savoir comment les compétences de l'IADE étaient reconnues et mobilisées lorsqu'il exerçait une activité SMUR.

Au regard des recherches réalisées en amont sur le sujet, nous avons vu que l'IADE bénéficiait d'un solide socle de formation en médecine d'urgence et qu'il développait par conséquent des compétences connexes dans ce domaine.

Nous avons constaté aussi qu'à travers l'évolution de la médecine d'urgence et de la profession IADE, la reconnaissance, la mobilisation et donc la place de l'IADE au SMUR semblait réellement être questionnée.

Cette étude qualitative multicentrique, qui a été menée auprès de médecins du SMUR et de cadres de santé au SAMU en mars 2023, nous montre quelles sont les connaissances de la profession d'infirmier anesthésiste et comment sont perçus la mobilisation et l'exercice des compétences exclusives de celui-ci.

Elle nous permet également d'avoir une vision de l'enjeu de la place de l'IADE au SMUR.

4.1 La connaissance de la profession d'infirmier d'anesthésiste

Les résultats de l'enquête nous démontrent que les connaissances sur l'infirmier anesthésiste telles que son parcours, sa formation, son cadre législatif et ses activités sont toutes relatives. Elles sont plutôt fondées sur des représentations liées à l'expérience professionnelle et aux interactions vécues par les professionnels.

Leurs connaissances sont axées sur les capacités techniques de l'IADE, des capacités techniques « symboles » de la profession comme l'intubation ou la pose de VVP.

La connaissance de la profession d'IADE est donc plutôt rattachée à une image du métier.

« L'image métier est une représentation globale du métier dans l'esprit des individus. Elle correspond à l'ensemble des représentations mentales formées suite à l'exposition d'un individu à différents stimuli internes et externes ». (Brillet & Gavaille, 2016)

Comment expliquer que ces connaissances soient fondées sur une image du métier ?

Nous pouvons proposer comme réponse l'aspect marginal de la profession d'IADE par sa représentativité et son secteur d'activité. En effet, les IADE représentent 1,8 %⁶ des infirmiers exerçant en France. L'IADE exerce principalement dans un secteur hyperspécialisé fermé (le bloc opératoire) où il interagit avec des médecins, chirurgiens (1,4%) et médecins anesthésistes réanimateurs (5%), qui eux aussi sont peu représentatifs.

Cette « image métier » est l'illustration de la représentation sociale de l'IADE. La représentation sociale reste une connaissance. En effet, selon Denise Jodelet « *une représentation sociale est une forme de connaissance socialement élaborée et partagée ayant une visée pratique et concourante à la construction d'une réalité commune à un ensemble social* ». (Jodelet, 1991),

Quel est l'impact pour l'IADE au SMUR ?

D'après les résultats, nous pouvons avancer l'hypothèse qu'étant donné que les acteurs du préhospitalier semblent ne pas parvenir à identifier clairement ou correctement les compétences de l'IADE, ils ne peuvent pas les mobiliser complètement par la suite.

D'ailleurs, il semble que les compétences de l'IADE soient davantage mobilisées dans les centres où ils sont les seuls à exercer l'activité SMUR. Ceci pourrait s'expliquer par le fait que les connaissances des médecins sont peut-être plus importantes ou l'image qu'ils en ont plus détaillée.

Néanmoins, même si l'impact paraît négatif, les résultats montrent que les compétences de l'IADE restent mobilisées, voire valorisées au SMUR.

4.2 La mobilisation et la reconnaissance des compétences de l'IADE au SMUR

La question de la mobilisation des compétences de l'IADE était une des composantes importantes de l'objectif de la recherche. Les résultats montrent que ses compétences sont bel et bien mobilisées au SMUR.

Une grande majorité des médecins assure avoir mobilisé celles-ci en extrahospitalier.

Ces résultats sont surprenants car il semblait, avant d'initier ce travail, que les compétences exclusives telles que l'intubation, la gestion ventilatoire du patient ou la pose de KT intra-osséux n'étaient plus ou peu mobilisées.

⁶ Calcul réalisé à partir des chiffres de l'Adeli et la DRESS.

Alors pourquoi pouvons-nous avoir cette représentation collective que les compétences exclusives des IADE au SMUR se délitent ou sont peu mobilisées ?

Cette question semble d'ailleurs plus présente lorsque le SAMU arme ses SMUR de manière mixte IADE et IDE.

Un élément qui peut contribuer à nous donner une réponse est la fréquence possible d'utilisation des compétences exclusives de l'IADE. En effet, comme l'a souligné un médecin dans les entretiens, « *Quand on prend le volume global de toutes les interventions du SMUR, les compétences de l'IADE ne sont pas mises à profit sur une majorité des cas* ».

Prenons l'intubation orotrachéale. Il n'y a pas de statistiques récentes sur le nombre d'intubations orotrachéales réalisé en préhospitalier. Mais, nous pouvons croiser différentes données :

- Dans le MAPAR, en 2008, le nombre d'intubations réalisé en préhospitalier était estimé à 40 000 annuel (Combes & Jabre, 2008). Dans la grande majorité, l'opérateur est un médecin.
- Dans une étude sur le taux d'échec de la première tentative d'intubation trachéale dans la prise en charge de l'arrêt cardio-respiratoire en extrahospitalier réalisée en 2018, le médecin identifié en tant que premier opérateur sur l'intubation, l'était dans 95 % des cas étudiés (Tazi, 2021).

Un médecin au SMUR intube en moyenne une quinzaine de patients par an. Le taux de pratique est donc faible. La proportion où le médecin est seul opérateur et la fréquence de la pratique du geste d'intubation affecte par conséquent la pratique de l'IADE.

Cette faible fréquence joue sans nul doute un rôle dans la représentation collective qu'aujourd'hui l'IADE intube peu ou pas en préhospitalier.

Les professionnels interrogés dans cette étude indiquent mobiliser les compétences de l'IADE dans leur gestion de l'Airways, la pose de VVP valorisée avec l'échographie ou encore leurs connaissances majorées en pharmacologie sur l'anesthésie, la sédation et l'analgésie.

Cette mobilisation est associée à une forme de reconnaissance qui semble faire consensus dans l'enquête : Le renfort technique.

Nous l'avons souligné, les médecins sont aujourd'hui bien formés dans la réalisation de gestes techniques en préhospitalier mais ils reconnaissent cependant qu'indéniablement l'IADE est un renfort technique au SMUR. Il l'est principalement dans le domaine de l'intubation, notamment lors de situations complexes et plus particulièrement pour les médecins novices.

L'intubation en préhospitalier et plus généralement en médecine d'urgence se réalise dans des conditions environnementales difficiles, rendant le geste à risque et potentiellement vecteur de complications.

Tandis que dans l'anesthésie générale de l'adulte, l'incidence d'une intubation difficile non prévue est estimée à 1% (Cros, 2008), l'incidence de l'intubation difficile en urgence a été estimée dans une étude à 10,3% (Combes & Jabre, 2008) . Par ailleurs le taux d'échec de l'intubation à la première tentative est élevé pouvant atteindre 44%.

Tableau 3 Taux d'échec de l'intubation sur un arrêt cardiaque en préhospitalier

1^{er} auteur, année, référence	Type d'étude	Pays	Nombre de patients en ACEH (Nombre de patients intubés par laryngoscopie directe en première intention)	Opérateur	Taux d'échec de la première tentative d'intubation trachéale
Wang, 2006, (15)	Étude observationnelle, prospective, multicentrique	États-Unis	1272 (1272)	Médecin et Paramédical	30,1 %
Arima, 2014, (13)	Essai contrôlé randomisé, monocentrique, Vidéo-laryngoscopie contre laryngoscopie directe	Japon	109 (53)	Médecin	24,5 %
Kim, 2014, (17)	Étude observationnelle, rétrospective, monocentrique	Corée du sud	512 (512)	Médecin	15,0 %
Sunde, 2015, (12)	Étude observationnelle, prospective, multicentrique	Australie, Angleterre, Finlande, Hongrie, Norvège, Suisse	980 (392)	Médecin	20,0 %
Wang, 2018, (8)	Essai clinique randomisé, multicentrique, Tube laryngé contre IT	États- Unis	3004 (1499)	Paramédical	44,1 %
Risse, 2020, (14)	Étude observationnelle, prospective, monocentrique, vidéo-laryngoscopie contre laryngoscopie directe	Allemagne	97 (69)	Paramédical	23,2 %

Source : (Tazi, 2021)

Ces éléments contribuent à placer l'IADE comme renfort technique. Il est, parmi les professionnels, considéré comme expérimenté, voire expert dans la pratique de l'intubation.

Le référentiel de ses activités nous le rappelle :

« Réalisation de l'induction de l'anesthésie et pose de dispositifs de contrôle des voies aériennes » ; « Apport d'expertise et conseils sur les activités liées au réveil et à la réanimation en SSPI et autres secteurs d'activités de l'IADE ». (diplôme d'état d'infirmier anesthésiste, annexe 1 référentiel d'activités, 2012)

Cependant son identification comme renfort technique illustre peut-être un premier enjeu indirect pour l'IADE. En effet pour les médecins interrogés, ses compétences viennent « faire doublon » ou se superposer à leurs propres compétences de médecin urgentiste. Une forme de concurrence ou de compétition dans les compétences techniques qui pourrait interroger les choix stratégiques d'organisation des structures et par extension peut-être la place de l'IADE au SMUR.

4.3 Les enjeux de l'IADE au SMUR

L'IADE est reconnu, ses compétences sont mobilisées, mais les entretiens réalisés dans cette étude nous démontrent aussi que son utilité et sa place au SMUR questionnent.

Plusieurs dimensions sont à mettre en perspective. La première est l'aspect législatif.

En effet, les résultats de l'enquête nous montrent que le cadre législatif dans lequel s'exercent les compétences de l'IADE n'est pas connu et lorsque ce cadre est connu, il est interprété.

Le mot « nébuleux » est d'ailleurs utilisé par la cadre IADE dans l'enquête résumant ainsi le contexte de la dimension législative.

Nous l'avons développé dans la première partie de cette recherche, l'aspect législatif de la profession IADE ne facilite pas la lecture et l'interprétation de la reconnaissance de ses compétences au SMUR.

Il serait souhaitable de pouvoir donner plus de clarté dans les textes législatifs. Ces éclaircissements pourraient améliorer les reconnaissances des compétences de l'IADE dans les SMUR et leurs mobilisations par les médecins. Cela pourrait permettre aussi de sécuriser l'engagement de la responsabilité juridique des IADE et des médecins qui leur délèguent des gestes.

Les travaux entamés en 2021 par l'IGAS (« trajectoires pour de nouveaux partages de compétences entre professionnels de santé ») ainsi que le travail de réflexion mené avec les acteurs de spécialités et le ministère de la Santé pourront peut-être apporter des réponses à cette dimension législative.

En attendant des évolutions législatives, il pourrait être intéressant au niveau local (au niveau de chaque établissement) de réfléchir à faciliter la mobilisation du renfort technique IADE.

Sachant qu'une compétence est contextualisée c'est-à-dire qu'elle est « *indissociable de l'activité par laquelle elle se manifeste* » (Boterf, 1994), l'écriture de procédures ou d'algorithmes, où les compétences de l'IADE seraient appelées à être utilisées, pourrait être imaginée.

Rappelons que depuis 2010, les recommandations prévoient que chaque structure dispose d'un algorithme pour l'intubation difficile en extrahospitalier (Combes & Jabre, 2010). On pourrait par exemple y inclure l'IADE.

Une deuxième dimension qui illustre l'enjeu des IADE au SMUR est double : financière et RH. La dimension financière est ressortie plusieurs fois dans les résultats de l'étude.

Concrètement un IADE au SMUR aurait un impact financier salarial plus important pour son établissement. En effet, réglementairement, un IDE peut être positionné sur ce même poste.

A quelle hauteur est cet impact financier ?

Il semble difficile de mesurer l'impact financier et la différence de traitement entre IDE et IADE. Bien entendu, elle existe puisque les grilles indiciaires ne sont pas les mêmes et celles des IADE leur sont plus favorables. Cette différence s'explique principalement par la valorisation des 2 années d'études supplémentaires pour devenir IADE.

Nous pouvons tenter de mesurer cette différence et comparer les niveaux de rémunérations en fin de carrière. (Décret n° 85-1148 du 24 octobre 1985 modifié relatif à la rémunération des personnels des collectivités territoriales et des personnels des établissements publics d'hospitalisation, 1985)

- Infirmiers en soins généraux : 3264,07 euros brut.
- Infirmiers spécialisés (anesthésiste) : 3705,42 euros brut.

Le delta est de 441,35 euros⁷.

Nous pouvons également comparer la différence de traitement entre un IDE en fin de formation d'anesthésie et ce même IDE au début de sa carrière d'IADE.

⁷ A noter que ce delta ne tient pas compte des primes et autres bonifications possibles que ce soit pour les IADE ou pour les IDE.

En exemple, nous prenons un IDE 1^{er} grade ISGS de la fonction publique hospitalière avant et après sa réintégration dans le corps des IADE. (Décret n° 2017-984 portant statut particulier du corps des infirmiers anesthésistes de la fonction publique hospitalière, 2017)

↓ IDE : échelon 04/indice majoré 463, rémunération brute : 2245,56 euros.
↓ IADE : échelon 04/indice majoré 473, rémunération brute : 2565,67 euros.

Le delta dans cette comparaison est de 320 euros.⁸

Il existe bien un delta en faveur des IADE et donc un impact financier. Il reste à définir si celui-ci est réel pour les établissements, notamment en mettant en perspective les compétences supplémentaires apportées par les IADE.

Du côté RH, il semble que le recrutement des IADE, dans certaines régions, soit une problématique rencontrée par les établissements. Une problématique rapportée lors de l'étude par les deux cadres de santé interrogées.

Cette problématique pourrait s'expliquer par la démographie IADE évoquée dès 2015 par l'ONI :

Pour les IADE, les courbes démographiques et pyramides des âges sont similaires à celles des MAR... La sortie des instituts de formation des infirmiers anesthésistes, dont la capacité d'accueil représente environ 725 places par an, risque d'être insuffisante pour combler le déficit lié aux départs à la retraite, et ce malgré l'augmentation de la durée des trimestres requise pour l'acquisition du taux plein, qui a pu retarder les décisions de départ. (ONI, 2016)

Dans ce contexte démographique et dans la mesure où les blocs opératoires ont besoin réglementairement d'IADE pour assurer leur fonctionnement, le repliement des IADE vers l'activité au bloc au détriment des SMUR, comme ce fut le cas pour les MAR, est alors sans doute logique.

⁸ A noter que ce delta ne tient pas compte des primes et autres bonifications possibles que ce soit pour les IADE ou pour les IDE.

La SFAR avait d'ailleurs donné son avis en 2016 par la voix de son président Claude Ecoffey :

Enfin la pénurie médicale est en voie de correction, mais elle reste néanmoins auto-entretenu par le maintien de plateaux techniques dans des établissements ayant très peu d'activité, mais il s'agit là de décisions politiques [...] Les responsables de la Médecine d'Urgence ne sont plus des anesthésistes-réanimateurs et ont œuvré pour des services SAU-SAMU-SMUR autonomes donc avec du personnel IDE d'Urgence formé SAUV-pré hospitalier. L'anesthésie réanimation s'étant recentrée sur les blocs opératoires la médecine péri-opératoire et les réanimations, a perdu sa légitimité sur le terrain pré hospitalier ; la conséquence en est le retrait progressif des IADE de ce champ d'intervention pour recentrer leurs activités sur les blocs opératoires en collaboration étroite avec les anesthésistes-réanimateurs. (Ecoffey, 2016)

Les IADE sont parfois remplacés par des IDE pour faire face à cette double dimension RH et financière. La perception des professionnels interrogés sur ce phénomène est que l'expérience des IDE peut compenser avec le temps la formation initiale des IADE en médecine d'urgence. L'expérience et l'apprentissage sont deux concepts qui questionnent sociologues et spécialistes de la pédagogie. Concepts à la fois opposés et complémentaires, nous pouvons les synthétiser en nous appuyant sur les éléments dégagés dans l'article « Expérience et formation » :

« Un consensus théorique, méthodologique et intentionnel se dégage : l'expérience doit être prise en compte et transformée pour donner son plein effet, et c'est le rôle de la formation de le faire. » (Mayen & Mayeux, 2003)

La place des IDE dans les SMUR n'est pas à questionner. Ils exercent comme les IADE dans cette activité depuis sa création.

Il pourrait être intéressant de proposer une formation spécifique pour exercer au SMUR afin de valoriser cette expérience et compléter le socle de connaissances des IDE en médecine d'urgence, de la même façon que la formation initiale le permet pour les IADE.

Une proposition à mettre en perspective avec ce qui se fait chez nos voisins Belges. Les IDE complètent leur formation par une année de spécialisation : la spécialisation en soins intensifs et aide médicale urgente. Les textes en Belgique « impliquent que la spécialisation en SIAMU est obligatoire pour le personnel effectuant des missions SMUR ». (Herpelinck et al., 2016).

4.4 Limites et forces de l'étude

La première limite est un biais d'investigation puisqu'il s'agit d'un premier travail qualitatif. De ce fait, malgré une volonté de rester objectif et neutre, être novice a sans doute eu un impact dans la construction et la conduite des entretiens. De même, l'analyse des résultats peut également être soumise à la subjectivité de l'enquêteur d'autant qu'il n'a pas été réalisé de double codage.

Une autre limite est le biais de recrutement et d'échantillon, un plus grand nombre d'entretiens et dans d'autres structures SMUR sur le territoire aurait pu valider ou contredire certaines hypothèses. Il aurait été par exemple intéressant de sélectionner un nombre de structures aux caractéristiques égales.

Le recrutement par réseaux n'a pas permis d'obtenir un caractère aléatoire au recrutement.

Enfin, il peut y avoir une limite déclarative de la part des interrogés en raison du contexte politique et social de la profession IADE et des réorganisations des territoires de santé.

Plusieurs mémoires ont été réalisés sur le thème de l'IADE au SMUR mais la force de cette étude a été d'aller questionner, avec une méthode qualitative, les acteurs du préhospitalier et notamment les médecins. Aller au contact de ceux qui étaient susceptibles de mobiliser les compétences de l'IADE a permis de mieux cerner le phénomène social étudié.

Le choix d'une étude multicentrique est également une force. Les résultats laissent penser que la localisation et le mode de fonctionnement ont un impact sur la mobilisation des compétences de l'IADE.

Enfin le contexte lié aux évolutions professionnelles des IADE dans lequel l'étude a été réalisée, en fait une force, puisqu'il s'agit de tenter d'amener des réponses sans prétention sur l'identité de l'IADE au SMUR.

4.5 Éléments d'ouverture

Cette étude nous démontre que, même si les connaissances des acteurs du préhospitalier sur l'IADE sont perfectibles, l'IADE est reconnu et ses compétences spécifiques sont mobilisées. Par ailleurs, la place de l'IADE au SMUR est un enjeu. Cet enjeu a plusieurs dimensions qui mériteraient d'être encore explorées ou étudiées pour mieux comprendre le phénomène.

Une disparition des IADE au SMUR aurait aussi des conséquences pour les personnes interrogées, la principale étant la perte d'un renfort technique de qualité.

Une autre hypothèse a été avancée dans cette étude par une des cadres de santé qui évoque ceci :

Ce qui serait intéressant, c'est que tout le monde tourne sur différents secteurs et qu'on puisse alimenter en compétences, je voyais que sur les professionnels qui étaient mutualisés avec le bloc notamment pédiatrique, c'était super intéressant. Alors qu'un IADE qui n'a pas cette mutualisation se retrouve sur le même plan de stress qu'un infirmier.

Il serait donc intéressant d'étudier si la mutualisation de l'IADE au SMUR avec une activité au bloc opératoire peut être un facteur de mobilisation, de valorisation et de maintien de leurs compétences exclusives en préhospitalier.

Conclusion

L'objectif principal de ce travail de recherche était de savoir comment les compétences spécifiques de l'IADE étaient reconnues et mobilisées au SMUR.

Ce que les résultats nous montrent, c'est que les compétences spécifiques de l'IADE sont mobilisées au SMUR. Ils nous montrent également que l'IADE est reconnu comme un renfort technique indéniable en particulier dans les situations complexes.

Néanmoins les résultats de l'enquête semblent également confirmer certains éléments relevés lors des recherches effectuées en amont sur le sujet. L'aspect législatif de l'exercice des compétences exclusives de l'IADE interroge et mériterait peut-être des éclaircissements législatifs ou juridiques. Par ailleurs, l'évolution de l'organisation système de santé et des besoins humains semblent également avoir un impact sur place de l'IADE au SMUR.

Les éléments portaient à notre connaissance actuellement sur les évolutions de la profession ne nous permettent pas de dire quelle direction sera prise dans l'avenir pour l'IADE dans l'activité SMUR.

Malgré tout, cette étude nous montre qu'il reste encore aujourd'hui un acteur important de la médecine préhospitalière.

D'un point de vue personnel, au-delà de la posture passionnante de chercheur que ce travail m'a permis d'adopter, les recherches menées sur ce sujet vont sans nul doute contribuer à l'appropriation de ma nouvelle identité professionnelle d'infirmier anesthésiste.

Références bibliographiques

- Arrêté relatif à la formation conduisant au diplôme d'Etat d'infirmier anesthésiste, Code de santé publique (2002). <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000776455>
- Article D6124-13—Code de la santé publique, Code de santé publique (2006). https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006916962
- Balagny, E. (2008). Histoire des infirmiers anesthésistes. *EM consulte*, 21 (100), 6-9.
- Barrier, G. (1994). *Rapport sur la prise en charge pré-hospitalière des urgences / Geneviève Barrier*. Sn.
- Bohic, D. N., & Josselin, A. (2021). *Trajectoires pour de nouveaux partages de compétences entre professionnels de santé* (IGAS N°2021-051R; p. 165).
- Bonnet, F., Arnaud, C.-M., & Ecoffay, C. (2017). A propos de la mise à jour du décret de compétence des IADE - La SFAR. *Société Française d'Anesthésie et de Réanimation*. <https://sfar.org/a-propos-de-mise-a-jour-decret-de-competence-iaade/>
- Boterf, G. L. (1994). *De la compétence: Essai sur un attracteur étrange*. Editions d'Organisation.
- Braun, F., Gueugniaud, P. Y., Pateron, D., & Riou, B. (2016). Quelle place pour l'infirmier anesthésiste dans la médecine d'urgence de demain? *Annales françaises de médecine d'urgence*, 6(2), 83-84.
- Brillet, F., & Gavaille, F. (2016). L'image métier : Exploration d'une notion au cœur du choix professionnel : *Management & Avenir*, N° 84(2), 53-72.
- Carré, P., Caspar, P., & Bellier, s. (2017). *Traité des sciences et des techniques de la formation* (4e éd. entièrement revue et augmentée). Dunod.
- Décret n° 2021-1384 relatif à l'exercice en pratique avancée de la profession d'infirmiers, dans le domaine d'intervention des urgences, Code de santé publique (2021). <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000044245734>
- Décret n° 2017-316 Relatif aux actes infirmiers relevant de la compétence des infirmiers anesthésistes diplômés d'Etat, Santé publique (2017). <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000034166859>
- Combes, X., & Jabre, P. (2008). *Intubation préhospitalière, MAPAR*. 659-664.
- Combes, X., & Jabre, P. (2010). Prise en charge d'une intubation difficile en pré-hospitalier. *Réanimation*, 19(7), 627-632.

- Cros, A.-M. (2008). Réactualisation de la conférence d'experts sur l'intubation difficile : Et après ? *Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation*, 27(1), 1-2.
- De Terssac, G. (2011). Savoirs, compétences et travail. In *Savoirs théoriques et savoirs d'action* (p. 223-247). Presses Universitaires de France. <https://doi.org/10.3917/puf.barbi.2011.01.0223>
- De Terssac, G. (2012). *Autonomie et travail*. PUF.
- Décret n° 85-1148 du 24 octobre 1985 modifié relatif à la rémunérations des personnels des collectivités territoriales et des personnels des établissements publics d'hospitalisation, (1985). <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/LEGITEXT000006064738/>
- Décret n° 2017-984 portant statut particulier du corps des infirmiers anesthésistes de la fonction publique hospitalière, 2017-984 (2017). <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2017/5/10/AFSH1707861D/jo/texte>
- Delhome, P. (1997). *Les projets de recherche en psychologie sociale*. Colib.
- DGOS. (2023, avril 8). *Pacte territoire santé 2012-2015*. Ministère de la Santé et de la Prévention. <https://sante.gouv.fr/archives/pts/article/2012-pacte-territoire-sante-2012-2015>
- Diplôme d'état d'infirmier anesthésiste, annexe 1 référentiel d'activités, Pub. L. No. BO Santé – Protection sociale – Solidarité no 2012/7, 39 (2012). https://sfar.org/wp-content/uploads/2022/12/referentiel_dactivites_iade-15-aout-2012.pdf
- DREES. (2021a). *Démographie des professionnels de santé*. <https://drees.shinyapps.io/demographie-ps/>
- DREES. (2021b). *La médecine d'urgence, fiche 25*. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-07/Fiche%2025%20-%20La%20m%C3%A9decine%20d%E2%80%99urgence.pdf>
- Dupuich, F. (2011). L'émergence des compétences collectives, vers une gestion durable: *Gestion 2000, Volume 28(2)*, 107-125.
- Ecoffey, C. (2016, janvier 15). *Levons l'incompréhension sur la relation IADE-Anesthésistes-Réanimateurs*. <https://sfar.org/levons-lincomprehension-sur-la-relation-iade-anesthesistes-reanimateurs/>
- Décret n° 2018-629 relatif à l'exercice infirmier en pratique avancée, Code de santé publique (2018). <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000037218115>
- Emmanuelli, X., & Emmanuelli, J. (1996). *Au secours de la vie : La médecine d'urgence*. Gallimard.
- Arrêté relatif à la formation préparant au certificat d'aptitude aux fonctions d'infirmier spécialisé en anesthésie-réanimation, Code santé publique (1988). <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/LEGISCTA000006126149>

- Flick, U. (Éd.). (2007). *The Sage qualitative research kit*. Sage.
- Fourteau, C., Coleau, F.-X., & Vivien, B. (2020). Participation des Iade du SAMU 75 à la prise en charge extrahospitalière des patients Covid-19. *Oxymag*, 33(175), 22-28.
- Gubrium, J. F., & Holstein, J. A. (Éds.). (2002). *Handbook of interview research : Context & method*. Sage Publications.
- Herpelinck, P., Laloux, M., & Lecocq, D. (2016). Les infirmiers spécialisés en soins intensifs et soins d'urgence en Belgique. *Médecine Intensive Réanimation*, 25(6), Article 6.
- INSERR, & ONISR. (2018). *Mesures de sécurité routière et mortalité depuis 1960*. https://www.inserr.fr/sites/default/files/public/6-mesuresr_mortalite_depuis_1960.pdf
- Jodelet, D. (1991). *Les représentations sociales*. PUF.
- Jodelet Denise. (2003). *Aperçus sur les méthodologies qualitatives. Les méthodes des sciences humaines*. puf.
- Arrêté du 11 mars 2022 modifiant les annexes de l'arrêté du 18 juillet 2018, Code de la santé publique (2022). <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000045358705>
- Décret n°97-619 relatif à l'autorisation des services mobiles d'urgence et de réanimation, Code de santé publique (1997).
- Lalanne, C., Pradeau, C., Picard, C., Buffo, M. H., Martinez, T., & Thicoïpé, M. (2012). *Place des transports infirmiers interhospitaliers en 2012*. https://sofia.medicalistes.fr/spip/IMG/pdf/Place_des_transports_infirmiers_interhospitaliers_en_2012.pdf
- Lallement, M. (2018). *Le travail sous tensions: Vol. 2e éd.* Éditions Sciences Humaines; Cairn.info. <https://www.cairn.info/le-travail-sous-tensions--9782361064976.htm>
- Lasnier, F. (2000). *Réussir la formation par compétences*. Guérin Canada.
- Le Boterf Guy. (2000). *Construire les compétences individuelles et collectives*. (Éditions d'Organisation.).
- LEPLAT, J. (2000). *Compétences individuelles, compétences collectives*. 6 (3-4), 47-73.
- Mayen, P., & Mayeux, C. (2003). Expérience et formation. *Savoirs*, 1(1), 13-53.
- Menthonnex, P., & Menthonnex, E. (2010). *Histoire de la médecine d'urgence de Napoléon à nos jours*. 30.
- Mesnier, T., & Carli, P. (2019). *Pour un pacte de refondation des urgences*.
- Mikol, X., Rouaux, J., Gouzien, L., Ren, M., Thy, M., Bouchereau, E., & Ehooman, F. (2020). Promotion 2018 des internes d'anesthésie-réanimation et médecine périopératoire : Analyse des caractéristiques démographiques et des motivations professionnelles après la réforme du 3e cycle des études médicales. *Anesthésie & Réanimation*, 6(3), 307-312.

Ministère chargé de la santé. (1949). *Création dans chaque département d'un comité de secours d'urgence*.

Ministère de la Santé et de la Prévention. (2023). *Fiche métier infirmier anesthésiste* -. <https://sante.gouv.fr/metiers-et-concours/les-metiers-de-la-sante/les-fiches-metiers/article/infirmier-anesthesiste>

ONI. (2016). *Infirmier anesthésiste diplômé d'Etat un professionnel de santé de haut niveau d'expertise au service de la sécurité et la qualité des soins*. https://www.ordre-infirmiers.fr/assets/files/oni_position_ordre_8p_derr.pdf

Piedade, I., Ducassé, D. J.-L., Duval, D. G., Boivin, M., Buffet, C., Ficarelli, A., Germain, S., Hazebrouck, P.-M., Legay, M.-C., Poio, C., Rousselet, E., Vanhoutte, A., & Vin, X. (2008). *Référentiel de compétences de l'infirmier(e) en Médecine d'Urgence*. https://www.sfm.u.org/upload/referentielsSFMU/Referentiel_IDEU_VF2008-06-1.pdf

Rédaction actusoins, R. (2017, octobre 26). Quand les IADE sont contraints de quitter les SMUR. *Actusoins - infirmière, infirmier libéral actualité de la profession*. <https://www.actusoins.com/293397/iade-mis-a-porte-smur.html>

Règles liées à l'exercice de la profession (Articles R4311-1 à R4311-106), Code santé publique (2021).

https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA000006178628/#LEGISCTA000022913053

Ribordy, V. (2006). Revue Médicale Suisse : Accès aux soins d'urgence : Organisation et utilité de la chaîne des secours. *Revue Médicale Suisse*, 2(75), 1830-1835. La Revue Médicale Suisse. Salès-Wuillemin, E. (2006). Méthodologie de l'enquête. in : M., Bromberg et A., Trognon (Eds.) *Psychologie Sociale 1*, 45-77.

Arrêté relatif à la formation conduisant au diplôme d'Etat d'infirmier anesthésiste, Code de santé publique (2012). <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000026230199/>

SNIA. (2018). *Grande enquête iade 2018*. <https://www.snia.net/enquete2018.html>

Tamburni, stéphanie. (2011). *Dossier Risque et Prévention spécial IADE et IBODE*. https://sofia.medicalistes.fr/spip/IMG/pdf/Dossier_Risque_et_Prevention_special_IADE_et_IBODE.pdf

Tazi, É. (2021). *Taux d'échec de la première tentative d'intubation trachéale dans la prise en charge de l'arrêt cardio-respiratoire en extrahospitalier* [DIPLÔME D'ÉTAT de DOCTEUR EN MÉDECINE]. Bordeaux.

Yin, R. K. (2003). *Case study research : Design and methods* (3rd ed). Sage Publications.

Liste des tableaux

Tableau 1 Activités partagées des IADE au SMUR source :(SNIA, 2018).....	13
Tableau 2 Échantillon retenu pour l'étude.....	40
Tableau 3 Taux d'échec de l'intubation sur un arrêt cardiaque en préhospitalier	62

Liste des illustrations

Figure 1 Graphique proportion hommes/femmes	41
Figure 2 Graphique proportion DESC/CAMU	41
Figure 3 Graphique proportion type d'organisation	41
Figure 4 Représentation lexicale 1	42
Figure 5 Représentation mots 1.....	43
Figure 6 Nuage de mots 1	43
Figure 7 Représentation lexicale 2.....	43
Figure 8 Représentation lexicale 3.....	44
Figure 9 Représentation verbale 1	44
Figure 10 Nuage de mots 2	45

Liste des annexes

ANNEXE 1	2
<i>Article des annales Françaises de médecine d'urgence</i>	2
ANNEXE 2	4
<i>Liste des UE en lien avec la médecine d'urgence</i>	4
ANNEXE 3	8
<i>Guide d'entretien</i>	8
ANNEXE 4	12
<i>Retranscriptions des entretiens</i>	12
ANNEXE 5	25
<i>Grille d'analyse</i>	25

ANNEXE 1

Article des annales Françaises de médecine d'urgence

Ann. Fr. Med. Urgence (2016) 6:83-84
DOI 10.1007/s13341-015-0599-3

ÉDITORIAL / EDITORIAL

Quelle place pour l'infirmier anesthésiste dans la médecine d'urgence de demain ?

What Place Tomorrow for Nurse Anesthetist in Emergency Medicine?

F. Braun · P.Y. Gueugniaud · D. Pateron · B. Riou

© SFMU et Lavoisier SAS 2015

Le Syndicat national des infirmiers anesthésistes (SNIA) a récemment publié un document intitulé « Place de l'infirmier anesthésiste en Service mobile d'urgence et réanimation : perspectives d'avenir » [1]. Cet éditorial aborde le problème un peu plus large de la place des infirmiers anesthésistes diplômés d'État (IADE) au sein de la médecine d'urgence.

Il convient d'abord de s'étonner qu'une représentation syndicale d'une spécialité, fût-elle limitée à son personnel paramédical, s'immisce ainsi dans ce que doit être ou faire une autre spécialité et cela dans le domaine propre, le « cœur de métier », de celle-ci. Cet étonnement s'atténue si on considère le lien historique fort entre l'anesthésie-réanimation et les activités préhospitalières de la médecine d'urgence, Samu et Smur. En effet cette activité a été créée par des anesthésistes-réanimateurs, ce qui a amené logiquement ceux-ci à travailler avec des IADE qu'ils côtoyaient quotidiennement. La médecine d'urgence intègre avec reconnaissance ce pan entier de son histoire. Mais ce temps historique est déjà révolu, comme le montre l'absence quasi totale des internes d'anesthésie-réanimation dans la filière de formation du diplôme d'études spécialisées complémentaires (DESC) de médecine d'urgence [2]. La création du DES de médecine d'urgence le 13 novembre 2015, officialisant la reconnaissance de la médecine

d'urgence en France comme spécialité à part entière [3], tourne la page de fin d'une histoire glorieuse mais passée et ouvre une nouvelle ère. Par ailleurs, au-delà de l'ingérence dans l'organisation d'une spécialité, on pourrait également souligner la discourtoisie que suppose une telle prise de position sans concertation préalable avec les instances nationales qui, aujourd'hui, organisent la vie de cette nouvelle spécialité, instances qui cosignent cet éditorial. Néanmoins, toute question posée mérite probablement une réponse et nous souhaitons apporter celle de la médecine d'urgence.

Ce qu'est la médecine d'urgence (et ce qu'elle n'est pas) a fait l'objet du référentiel métier publié en 2012 dans les *Annales françaises de médecine d'urgence* [3]. La médecine d'urgence comprend à la fois un exercice préhospitalier (Samu, Smur) et un exercice hospitalier (service des urgences [SU], unité d'hospitalisation de courte durée [UHCD]). Les médecins urgentistes sont formés à l'ensemble de ces activités et, pour la plupart d'entre eux, les exercent dans le cadre de cette polyvalence. Il apparaît pour le moins problématique d'envisager le Smur de manière indépendante des autres activités de la médecine d'urgence. Les urgentistes, comme beaucoup d'autres spécialités, sont assistés dans leurs missions par des infirmiers, que ce soit en intrahospitalier ou en préhospitalier : la polyvalence requise pour les médecins doit donc aussi être la règle pour les équipes paramédicales des structures de médecine d'urgence. Les IADE, puisqu'ils ont été IDE, sont les bienvenus dans les structures de médecine d'urgence sous réserve d'accepter cette polyvalence indispensable à la bonne marche de nos services. Cet accueil bienveillant de notre spécialité existe d'ailleurs également au niveau médical, en particulier avec les médecins spécialistes de médecine générale qui participent, notamment, à la régulation de la permanence des soins au sein des Samu-Centre 15. L'IADE a bénéficié d'une formation spécifique, adaptée à l'anesthésie au bloc opératoire et adaptée à une partie de la pratique de médecine d'urgence en Smur. En revanche, cette formation n'est pas adaptée à la pratique globale de la médecine d'urgence, notamment dans son exercice hospitalier (pas de formation au triage infirmier d'organisation de l'accueil [IOA]), pas de

F. Braun
Président de SAMU et urgence de France

P.Y. Gueugniaud
Président de la Société française de médecine d'urgence

D. Pateron
Président du Collège national de médecine d'urgence

B. Riou (✉)
Président de la Collégiale nationales des universitaires
de médecine d'urgence
e-mail : bruno.riou@aphp.fr

Service d'accueil des urgences,
GH Pitié-Salpêtrière-Charles Foix,
Assistance Publique Hôpitaux de Paris,
47-83 boulevard de l'Hôpital, F-75651 Paris cedex 13

formation à la psychiatrie, pas de formation à la traumatologie courante [5]. Dans le cadre de la polyvalence de l'exercice de la médecine d'urgence, l'IADE devrait donc bénéficier d'une formation complémentaire, en particulier sur le triage IOA, formation indispensable pour les IDE des urgences. Loin de nous l'idée de vouloir suggérer qu'une telle formation doive faire partie de la formation IADE, puisque cette formation est destinée à former des professionnels de l'anesthésie au bloc opératoire, domaine dans lequel les urgentistes n'ont aucune légitimité à discourir. À l'opposé, il nous paraît nécessaire de revoir la nécessité, inscrite dans les textes réglementaires actuels, d'inclure un stage obligatoire en Smur dans la formation des IADE pour plusieurs raisons : 1) cette formation n'a plus la justification historique aujourd'hui révolue ; 2) il paraît maintenant curieux d'inscrire dans une formation liée à l'anesthésie un stage effectué dans une autre spécialité, tout du moins de manière obligatoire alors qu'il n'y aurait pas d'inconvénient à l'inscrire de manière optionnelle ; 3) la réalisation de ces stages risque rapidement de poser un problème de réalisation, les urgentistes devant clairement privilégier leurs propres étudiants (externes, internes, étudiants infirmiers), et les places disponibles dans les ambulances n'étant pas extensibles. Il serait évidemment regrettable que les maquettes de formation des IADE soient dans l'avenir impossible à compléter du fait d'une difficulté d'accès à des stages qui ne relèvent plus de cette spécialité.

L'IADE a bénéficié d'une formation adaptée à l'anesthésie, or aucune anesthésie n'est pratiquée en préhospitalier comme cela a été souligné par les récentes conférences d'experts communes de la SFMU et de la SFAR [5]. Il n'y a donc pas de raison d'évoquer la présence d'un IADE en Smur, a fortiori d'évoquer l'exclusivité de cette présence. Dans l'ensemble de l'activité médicale en Smur, il n'y en a aucune qui relève de celles pour lesquelles ces personnels ont été formés, et il n'y en a aucune pour laquelle il y a une ébauche de démonstration d'une supériorité de l'IADE sur l'IDE pour assister un médecin urgentiste.

Nous sommes formellement opposés à l'envoi d'un « équivalent Smur » non médicalisé en intervention primaire, quel que soit le niveau de formation (IDE ou IADE) de celui-ci. En effet, cet engagement ne garantit pas aux patients un accès à des justes soins de qualité, particulièrement parce que le diagnostic médical est en Smur, donc en situation d'urgence, un élément préalable essentiel à la prise en charge. C'est le garant de l'orientation et de soins adaptés au patient, qui contribue à limiter les pertes de chance dans une situation à risques liée au caractère urgent de l'intervention.

La seule activité pour laquelle un IADE pourrait apporter potentiellement une plus-value, est celle des transports infirmiers interhospitaliers (T2IH). Ces T2IH semblent effectivement une innovation intéressante et sûre. En l'absence de médecins, il est vrai que l'IADE a reçu une formation mieux adaptée à la surveillance d'un patient ventilé et au contrôle

des voies aériennes nécessaire en cas d'extubation éventuelle. Toutefois, il convient de souligner que ces T2IH, effectués dans quelques centres à titre d'expérimentation, nécessitent, avant de pouvoir être étendus, d'une part une définition de tarification appropriée et d'autre part, une sécurisation juridique aujourd'hui absente (qui va devant le juge ?). Les aspects de responsabilité médico-judiciaire n'ont jamais été éclaircis de façon satisfaisante, engageant donc potentiellement la responsabilité des médecins et des institutions qui les pratiquent, ainsi que des infirmiers qui les assurent. Précisons que ce problème de responsabilité médico-judiciaire touche aujourd'hui toutes les pratiques infirmières avancées, en dehors des protocoles de coopération autorisés par la Haute Autorité de Santé (HAS) et les Agences Régionales de Santé (ARS). Par ailleurs, on constate l'absence d'IADE dans de nombreuses salles de surveillance post-interventionnelle (SSPI) et dans la quasi-totalité des réanimations, démontrant ainsi que des IDE sont également susceptibles de surveiller un patient réanimatoire stabilisé. En pratique, l'hypothèse des T2IH sous la responsabilité d'un IADE reste ouverte mais n'est pas non plus une évidence absolue et des alternatives peuvent être envisagées.

Le niveau master obtenu récemment par les IADE pourrait laisser envisager une évolution de ce métier vers une prise de responsabilité clinique plus importante. La médecine d'urgence n'a aucune légitimité pour se prononcer sur l'anesthésie, c'est à l'anesthésie-réanimation de le faire. En revanche, pour les situations rencontrées en médecine d'urgence, où l'aspect diagnostique est essentiel, avec un risque vital omniprésent, nous n'envisageons clairement pas la création d'infirmiers agissant en l'absence de médecin présent, ni n'envisageons des pratiques avancées en Smur primaire.

Références

1. Syndicat National des Infirmiers Anesthésistes (SNIA) (2014) Place de l'infirmier anesthésiste en Service mobile d'urgence et réanimation : perspectives d'avenir. http://www.snia.net/uploads/7/7/8/5/7785148/snua_support_smur_bd_pages.pdf (Dernier accès le 11 décembre 2015)
2. Riou B, Carli P, Carpentier F, et al (2014) Combien formons-nous d'urgentistes en France ? *Ann Fr Med Urg* 4:1-3
3. République Française (2015) Arrêté du 13 novembre 2015 fixant la liste des diplômes d'études spécialisées de médecine. JORF n° 0281 du 4 décembre 2015. <http://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2015/11/13/MENS1525635A/jo/texte> (Dernier accès le 5 décembre 2015)
4. Nemitz B, Carli P, Carpentier F, et al (2012) Référentiel métier-compétences pour la spécialité de médecine d'urgence. *Ann Fr Med Urg* 2:125-38
5. Vivien B, Adnet F, Bounes V, et al (2010) Recommandations formalisées d'experts 2010 : sédation et analgésie en structure d'urgence (réactualisation de la conférence d'experts de la SFAR de 1999). *Ann Fr Med Urg* 1:57-71 http://www.sfmur.org/upload/consensus/rfe_sedation_analgésie_2010.pdf (Dernier accès le 5 décembre 2015)

ANNEXE 2

Liste des UE en lien avec la médecine d'urgence

UE intégration des savoirs :

Processus organisationnel, raisonnement clinique en anesthésie réanimation

Objectifs :

- Permettre d'analyser une situation clinique et mettre en œuvre une prise en charge adaptée en anesthésie réanimation et urgence.
- Utiliser les modes de raisonnement adaptés à l'évaluation des situations en anesthésie réanimation ou urgences.
- Appliquer une démarche réflexive permettant une prise de décision argumentée.

Éléments de Contenu :

- La démarche du raisonnement clinique.
- Méthode de lecture discriminante d'un dossier d'anesthésie.
- Analyse de problématique et méthode de résolution de problème en situation simple ou dégradée d'anesthésie, d'urgence ou de réanimation.

L'UE sciences physiques, biologiques et médicales :

Pharmacologie spécifique à l'anesthésie réanimation et l'urgence

Objectifs :

- Maîtriser l'ensemble des données pharmacologiques nécessaires à l'exercice clinique de l'anesthésie réanimation

Éléments de contenu :

La présentation, la forme, la composition, les propriétés physicochimiques, la posologie, les modes d'administration, les mécanismes d'action, la pharmacocinétique, la pharmacodynamique, les indications, les contre-indications, les interactions médicamenteuses et les effets secondaires.

Les médicaments de l'anesthésie et de la prise en charge de la douleur, les médicaments de la réanimation et de l'urgence, les solutés utilisés en anesthésie et en réanimation, les produits de substitution du sang et les produits sanguins labiles et leurs dérivés.

L'UE exercice du métier d'infirmier anesthésiste dans des domaines spécifiques

Pathologie et grands syndromes

Objectif général :

- Connaître les impératifs de prise en charge des patients en réanimation, urgence et préhospitalier.

Objectifs spécifiques :

Connaître :

- Les principales défaillances et leur surveillance en situation d'urgence, de réanimation et en préhospitalier.
- Les spécificités de l'anesthésie et de sa surveillance dans le contexte de l'urgence, de la réanimation et du préhospitalier.

Éléments de contenu :

- L'urgence : définition, identification, types, niveaux, risques, décisions y compris l'urgence extra hospitalière.
- Les grandes défaillances en situation d'urgence :
 - Cardiovasculaires (troubles du rythme, arrêt circulatoire, syndrome coronarien aigu, crise hypertensive...).
 - Respiratoires (décompensation broncho-pneumopathie obstructive, asthme, syndrome de détresses respiratoires aigües...).
 - Traumatiques (polytraumatisés, crush syndrome, blast, thoraciques, abdominaux, membres, rachis, crâniens...).
 - Neurologiques (accident vasculaire cérébral, crises convulsives, comas non traumatiques...).
 - Les grands brûlés.
 - Les urgences pédiatriques.
 - Les urgences obstétricales, l'accouchement inopiné.
 - Les urgences infectieuses.
 - Transfusion massive.

Techniques et organisation des soins

Objectifs généraux :

- Identifier les situations d'urgence et de réanimation.
- Expliciter les conduites à tenir en situation d'urgence et de réanimation.

Objectifs spécifiques :

- Identifier et définir les principales situations d'urgence.
- Identifier et définir les principales situations de réanimation.
- Détailler et argumenter la prise en charge et les techniques.
- Hiérarchiser et argumenter les actions à mettre en œuvre.
- Décrire une organisation efficace en situation d'urgence extra hospitalière et en situation de catastrophe.
- Mettre en œuvre des soins d'urgence dans un environnement hospitalier et dans un environnement extra hospitalier.
- Décrire le rôle de l'IADE dans la prise en charge et le transfert des patients.
- Connaître les différents plans de secours et identifier le rôle de l'IADE dans ces différents plans

Éléments de contenu :

- Les techniques de suppléances :
- Les techniques respiratoires : ventilation de longue durée, techniques de sevrage ventilatoire, trachéotomie et les techniques de sauvetage...
- Techniques d'assistance cardio-circulatoire.
- L'aide médicale urgente :
- Prise en charge et techniques dans tous les types d'urgence et leur mode de transport :
- Les plans de secours.
- Anesthésie réanimation en situations particulières :
- pré-hospitalier, médecine de catastrophe, humanitaire, secours en mer, secours en montagne.
- Réalisation d'un bilan fonctionnel et lésionnel d'une victime dans le cadre pré-hospitalier.

- Anesthésie sous la responsabilité d'un médecin non spécialiste en anesthésie dans le cadre préhospitalier.
- Prise en charge de l'arrêt cardio-circulatoire et respiratoire.
- Électrocution, électrisation, noyade, pendaison.
- Hypothermie accidentelle, les gelures.
- Intoxications médicamenteuses, au CO, aux produits chimiques.
- Risques nucléaires, radiologiques, biologiques et chimiques.
- Urgences psychiatriques.
- Oxygénothérapie hyperbare.

Les transports :

- Transport primaire ou secondaire d'une victime selon le mode de locomotion.
- Transport pédiatrique. •
- Techniques d'immobilisation de blessés et relevage.

ANNEXE 3

Guide d'entretien

Consigne générale

Je vous remercie de participer à cette étude, je suis en étude d'infirmier anesthésiste à l'IFPS de Brest

Cette discussion s'inscrit dans mon mémoire de fin d'étude portant sur « les compétences de l'IADE au SMUR »

Le but de cette discussion est de connaître et approfondir votre avis sur ce sujet. Je vous prie d'être le plus spontané possible dans vos réponses. Cette discussion sera enregistrée, me donnez-vous votre accord ?

Je traiterai cette discussion de sorte à conserver l'anonymat des personnes interviewées.

Avez-vous des questions avant de commencer ?

Questions	Objectifs	Relance possible
Question inaugurale		
<i>Pour commencer pouvez-vous vous présenter et me parler de votre parcours professionnel ?</i>	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Le parcours et l'expérience ont-ils un impact sur la connaissance des compétences des IADE</i> 	<ul style="list-style-type: none"> - Diplôme - Expérience au SMUR
Thème 1 Organisation du SMUR		
Q1 : <i>Pouvez-vous m'expliquer ou me décrire comment est organisé le SMUR dans votre établissement ?</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Connaître l'organisation du service différents selon les établissements - Quelles sont les connaissances de l'interrogé sur l'organisation 	<ul style="list-style-type: none"> - Effectifs - Mode d'exercice des personnels - Organisation des moyens humains et matériels.
Q2 : <i>Quel est votre rôle (ou fonction) au SMUR et comment vous situez dans cette organisation ?</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Connaître sa fonction - Le rôle ou la fonction a-t-il à impact sur la connaissance des compétences des intervenants et par extension de l'IADE ? 	
Q3 : <i>Pouvez-vous me dire quels sont les intervenants que vous connaissez ou équipiers au SMUR?</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Identifier le rôle des intervenants - Savoir comment ils sont identifiés par les interrogés - L'IADE est-il identifié ? 	
Q4 : <i>Pouvez-vous me donner brièvement le rôle de ces intervenants ?</i>	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Connaître le rôle/fonction des intervenants</i> - <i>Savoir les connaissances sur les rôles des intervenants au SMUR</i> - <i>Le rôle de l'IADE est-il connu et décrit ?</i> 	
Q5 : <i>Quelle différence faites-vous entre IADE ou IDE ?</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Savoir si l'interrogé fait une différenciation 	

Thème 2	Connaissances et mobilisation des compétences IADE sur le terrain	
<p>Q6 :</p> <p><i>Je vais vous proposer deux situations pour lesquelles j'aimerais que vous me décriviez l'action de de différents intervenants au SMUR.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> - Contextualiser à travers une situation le rôle des intervenants et notamment la perception du rôle de l'IADE en situation d'exercice professionnelle 	
<p><u>Situation 1 :</u></p> <p>Q6a :</p> <p><i>Le SMUR est engagé pour une douleur thoracique chez une femme de 41 ans ? A leur arrivée la femme est en ACR depuis 5 min, une RCP a été débutée immédiatement par les SP ? ?</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> - Connaitre le rôle de chaque intervenant - Savoir comment sont perçus le rôle et les compétences de chacun - Savoir les représentations du rôle de l'IADE en SMUR et les connaissances des compétences de l'IADE - Connaître s'il utilise ou connaît les compétences spécifiques de l'IADE - Si elles ne sont pas connues ou mobilisées, pour quelles raisons ? 	<ul style="list-style-type: none"> - Préciser que l'infirmier est IADE <p><u>Intubation :</u> Qui intube la patiente ? Pourquoi ? Si vous rencontrez une difficulté à intuber que faites-vous ?</p> <p><u>Voie d'abord veineuse :</u> Indiquez-vous la voie d'abord ou laissez-vous faire l'IADE ? si oui /non pourquoi ? Si voie veineuse semble impossible quelle votre action. Si la pose d'un Kt intra osseux est nécessaire qui en fera la pose ?</p> <p><u>Pharmacologie</u> Donnez-vous la dilution des thérapeutiques ? si oui/non pourquoi ?</p>
<p><u>Situation 2 :</u></p> <p>Q5b :</p> <p><i>Vous êtes engagé sur un AVP. A votre arrivée, il s'agit d'un AVP avec des victimes multiples Dont 2 victimes nécessitent une prise en charge rapide avec la nécessité de protéger les VAS</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> - Savoir si dans ce contexte le médecin connaît et mobilise les compétences spécifiques de l'IADE 	<p><i>Si les compétences spécifiques IADE ne sont mobilisées. -Expliciter votre choix.</i></p> <p><i>Si les compétences spécifiques IADE sont</i></p>

		<i>mobilisées. Expliciter votre choix</i>
Thème 3	Connaissance des compétences de l'IADE	
Q6 : <i>Pour vous quel est le parcours requis pour devenir IADE ?</i>	- Le médecin/CDS connaît-il le cursus de formation des IADE	- Savez-vous quelle expérience est requise ?
Q7 : <i>Selon vous quel est le contenu de la formation IADE dans le domaine des urgences/SMUR ?</i>	- Le médecin/CDS a-t-il des connaissances sur le contenu de la formation	- Formation Urgence/SMUR est-elle citée ?
Q8 : <i>Pouvez-vous me donner les compétences principales d'un IADE que vous connaissez ?</i>	- Le médecin/CDS identifie-t-il les compétences IADE	- Techniques - Expertise - Clinique
Q9 : <i>Pouvez-vous me parler ou m'expliquer le champ législatif dans lequel ses compétences s'exercent ?</i>	- Le médecin/CDS connaît-il le cadre législatif dans lequel l'IADE exerce ces compétences	- Cadre législatif de l'intubation
Q10 : <i>A votre avis, pourquoi la place de l'IADE pourrait être remise en cause au SMUR ?</i>	- Connaître la vision du médecin/CDS sur la place de l'IADE au SMUR	
Q11 : <i>A votre avis, Quel(s) impact(s) pourrait avoir la suppression des postes d'IADE au SMUR ?</i>	- Connaître la vision du médecin/CDS sur l'impact de la disparition des IADE au SMUR	- Par rapport aux TIIH - Sur la possibilité d'utiliser la compétence spécifique des IADE

ANNEXE 4

Retranscriptions des entretiens

Entretien médecin 3

Réalisé le 01 février 2023

Modalité : présentiel

Lieu : Bureau médical

Durée : 29'

IR : Tu me donnes ton accord afin que j'enregistre ton entretien ?

IE : oui pas de problème

IR : Pour commencer, tu peux te présenter et me parler de ton parcours professionnel ?

IE : Je suis Médecin. Au sein du département Médecine d'urgence de Z. J'ai effectué le début de mes études à G puis mon internat à U et le début de ma carrière pro là-bas, c'est-à-dire exercé 4 ans après ma thèse à T et j'ai déménagé. à Z en 2017. Je suis praticien initialement contractuel, puis praticien hospitalier depuis l'année dernière.

Je travaille sur mon département de médecine d'urgence, donc plutôt aux urgences à 60 %. au SAMU à 20 % et à C 20 %

IR : Au niveau de ton diplôme toi c'est à quel diplôme, tu es un DESC ?

IE : Oui c'est ça ;

IR : Et tu as exercé où ?

IE : Urgences et SAMU, urgences adultes et SAMU

A T, Il y avait, y avait 2 services d'urgences sur. 2 hôpitaux donc on avait 2 services d'urgence un peu différents avec des services qui n'étaient pas forcément en miroir, plutôt orienté cardio respi d'un côté plutôt le reste de l'autre d'ailleurs

IR : C'était IDE IADE mélangé ?

IE : Sur 4 équipes il y avait, une équipe avec un IADE et 3 équipes avec un IDE

IR : Donc, ton expérience au SMUR ?

IE : Ben 10 ans du coup.

IR : Comment est organisé le SMUR dans votre établissement c'est-ce que tu peux me décrire l'organisation ?

IE : C'est-à-dire ?

IR : En termes un peu, d'effectif. Les modes d'exercice des personnels, éventuellement l'organisation moyen humain et matériel.

IE : Factuellement, il y a 3 équipes en journée et 2 la nuit.

Les médecins sont en majorité des médecins qui exercent dans les, qui sont mutualisés. Urgences, SAMU. Les équipes paramédicales sont sur le SAMU et quelques-uns une minorité pour l'instant font urgences et SAMU. La grosse majorité sont IADE qui partagent leur temps entre le bloc et le SAMU, voire pour certains entre le CESU et le SAMU. Les ambulanciers sont dédiés au SAMU et ne sont pas présents aux urgences.

Je peux comparer 2 SAMU en fait.

Ben les médecins sont moins impliqués, ça enfin clairement les médecins sont moins impliqués au SAMU x qu'au SAMU c, C'est à dire que sur la gestion du matériel par exemple., il était pas question qu'un médecin n'ait pas vérifié ses sacs le matin. Tout ce matos là, alors après il y a aussi les médecins au SAMU x qui sont là depuis des années, des années, ils changent parfois. Ça fait que j'ai l'impression que le médecin du SAMU x lambda connaît un peu moins bien son matériel. il délègue la connaissance de son matériel à son équipe, ambulancier, infirmier. Ou IADE

Par exemple, mais c'est peut-être le truc marquant quand tu arrives au SAMU x

(Bruit ne permettant pas la retranscription)

D'ailleurs on le voit matin, les médecins ne sont pas en bas à vérifier

Pour des équipes nombreuses qui tournent ensemble, ça faisait partie des choses pour rentrer dans le bain. il y avait de tâches assignées, mais bon le médecin était là, ici il moins présent

IR : Quel est votre rôle (ou fonction) au SMUR et comment vous situez dans cette organisation

IE : Non J'ai pas de rôle organisationnel. Je suis plus aux urgences.

IR : Est-ce que tu peux me citer les différents professionnels avec qui tu intervies au SMUR ?

IE : Ben, ouais, des infirmiers et des IADES, les ambulanciers, les médecins, les équipes paramédicales des urgences, médecins et équipes paramédicales de réanimation, le bloc pas trop, car on fait d'admission direct, ça ne marche pas comme ça ici, on pourrait, mais ça marche pas ils passent souvent à la SAUV et les équipes de pédiatries quand on va aux urgences pédiatriques et la salle d'acc, beaucoup moins fréquente, mais ça arrive

IR : Quel est le rôle de ces intervenants au SMUR ?

IE : Ce n'est personne dépendante, enfin ça dépend du SAMU, ça dépend comment sont découpés les équipes, il est pas envisageable à Brest qu'un médecin sorte sans infirmier à T c'était comme ça tous les jours pour une équipe.

A T l'équipe 4, dès fois l'équipe faisait des transferts médicalisés, il restait un médecin et un ambulancier, dès fois on partait alors en tant que médecin, tu t'impliques d'autant plus que tu connais pas ton matériel que tu sais pas prélever. Ici le médecin il peut faire ces gestes là, mais il est plutôt dans la gestion médicale du patient que technique, plutôt dans le lead. C'est pratique, après si on a l'interne avec nous, on tourne, après ici le rôle infirmier reste à l'infirmier, j'ai jamais vu de médecin poser des voies veineuses. Ça se fait, j'imagine, mais j'ai jamais entendu parler.

Le médecin est plutôt lead, l'infirmier plutôt sur la préparation des différents médicaments à injecter, sur la préparation de la perf et de la voie veineuse, l'ambulancier il va être plutôt ici à Brest sur le scope en fait.

IR : Donne-moi la différence entre IADE et IDE ?

IE : 2 ans d'études déjà. des connaissances théoriques plus fortes sur la gestion de patient ventilé, des connaissances sur l'hémodynamique plus forte aussi, sur les gestes aussi, l'intubation c'est important, ça permet d'avoir une soupape quand nous on se dit que le patient va être difficile à intuber, aussi sur les connaissances, il y a beaucoup d'échanges sur tout ce qui est fonction respiratoire et circulatoire, il y a beaucoup plus d'échanges globalement avec les IADE qu'avec les infirmiers, même si certains ont fait de la réanimation avant, c'est un peu différent

Sur la technicité après c'est difficile, les infirmiers qui étaient là depuis 15 ans au SMUR sur le plan technique et même théorique il y avait des connaissances.

IR : Ok très bien maintenant, je vais te proposer deux situations pour lesquelles j'aimerais que tu me donnes l'action des différents intervenants au SMUR ?

Comme 2 cas concrets, que je vais donner, et tu vas me dire qui fait quoi ?

La première situation, tu es en SMUR, tu es engagé pour une douleur thoracique chez un femme de 41 ans à ton arrivée, elle est finalement en ACR depuis 5 min, un massage cardiaque a été débuté par les pompiers, comment tu t'organises, qui fait quoi ?

IE : Alors dans ce cas-là, il y a les pompiers sur place tu m'as dit, euh, et ils sont un réa, ils ventilent, ils ont branché le DSA je pense ; je vais demander à l'IDE ou l'IADE se préparer une voie veineuse, car je pense que c'est la personne qui sera le faire le plus vite possible, même si les voie veineuse ont à le temps ça dépend de la cause d'arrêt. Là ça sent l'arrêt sur une pathologie coronarienne, il faut que l'infirmier pose sa voie, et ce sera la personne qui va le faire le plus vite donc autant que l'infirmier ou l'IADE soit dédié à ça.

IR : Quand tu poses la voie du coup, je rebondis là-dessus, est-ce que tu donnes des indications ?

IE : Non je laisse gérer l'IDE ou l'IADE, je surveille ce qu'il se passe, si jamais ça galère, le KT intra osseux sera pas très loin, je sais que dans ma tête il est là.

IR : et qui pose le KT intra-osseux ?

IE : moi du coup.

IR : je te laisse continuer sur la répartition

IE : Une fois que j'ai pris les informations je me mets à la tête pour intuber, après comme c'est un peu plus long de préparer une voie veineuse que de préparer du matériel pour intuber, on arrive à peu près au même moment, souvent quand j'intube l'infirmier a eut le temps de poser la voie. On a eu le temps de faire une analyse du rythme.

Au-delà de la voie, de l'intubation c'est de savoir si le rythme est choquable. Si je galère à intuber, ou si je sens que ça va être une intubation difficile pour X raisons, je vais même potentiellement attendre que l'infirmier ait finit, de façon à avoir un back up.

IR : qu'est-ce que tu appelles back-up ?

IE : De l'aide pour intuber, si c'est un IADE une autre main, ou si c'est un infirmier non.

IR : Au niveau pharmaco, quand tu donnes des thérapeutiques, tu les donnes comment ?

IE : Je donne les poso, j'aime pas quand les internes disent, on fait comme d'habitude, je suis chiant là dessus, même s'ils connaissant très bien.

IR : Est-ce que ça change quelque chose pour toi, si c'est un IADE plutôt qu'un infirmier ?

IE : Non pour moi ça change rien du tout.

IR : Ok, la deuxième situation, tu es engagé sur AVP, à ton arrivée il s'agit finalement d'un AVP avec des victimes multiples donc 2 nécessitent une prise en charge rapide avec protection des voies aériennes supérieures.

Donc comment tu t'organises, qui fait quoi ?

IE : alors pour les coup, ça ça m'est déjà arrivé en vrai. ben un chacun. euh parce que c'était un IADE, il y avait un qui était un arrêt et l'autre non, ouais, moi j'avais, j'étais parti sur celui qui était en arrêt, car pour la pose de voie de veineuse, j'étais parti sur le KT intra osseux, je m'étais dit on fait comme ça. On avait checker ensemble le patient qui était pas en arrêt, le moment entre l'induction et le début de la ventilation, j'étais avec l'autre et le patient était tout seul.

Pourquoi, pourquoi, parce que dans l'idée c'est à moi de poser le KT intra osseux

L'arrêt je me suis dit, car moi je vais galérer à poser la voie, après je me suis dit que pour préparer l'induction, même si c'est très facile, je me suis dit que l'IADE irait plus vite que moi, même si on a vu ensemble avant.

IR : si ça avait été infirmier ?

IE : euh, je pense que... hé hé bonne question, j'aurais demandé un renfort déjà, je pense qu'on aurait essayé d'évaluer l'arrêt et de laisser la première personne en PLS, d'évaluer l'arrêt commencer une réa, je sais pas trop, on aurait été à 2 alors que là hop on s'était séparé.

IR : pour toi quel est la parcours requis pour devenir IADE ?

IE : Il faut être IDE déjà, je sais pas s'il faut absolument passer dans un service type réa pour passer le concours d'IADE, je crois que tu as forcément, je sais pas, il doit y avoir un nombre d'années d'IDE avant de s'engager dans la formation IADE, je crois, j'aurais dit 5, mais c'est peut-être une connerie. Après il y a 2 ans d'études pour être IADE, 2 ans qui sont assez denses, je crois, donc ça doit être un équivalent masters 2 ?

IR : oui, enfin grade masters uniquement

IE : eh, après c'est 2 années, tu deviens IADE titulaire quoi.

IR : Est-ce que tu peux me donner le contenu de la formation IADE

IE : Alors, il y a une grosse part, j'ai un bon pote qu'est IADE, alors dans la première année beaucoup beaucoup de pharmaco, beaucoup de bachotage, dans ma tête c'était ça, mais quand même un peu de terrain, mais deuxième année, plus de théorie avec le mémoire.

La deuxième plus de stages et le mémoire.

IR : Tu connais les domaines qui sont vus ?

IE : Il m'avait beaucoup parlé de la pharmaco, les amines, tout ce qui est hémodynamique, tout ce qui est gestion ventilatoire, pour le coup aussi, et puis il doit y avoir d'autres choses. Je sais pas

IR : Est-ce que tu sais, ce qui est abordé la formation dans le domaine de l'urgence ?

IE : Euh, non je sais pas trop, je sais non plus une formation particulière au sein de la formation IADE

IR : Pour toi, quelles sont les compétences principales d'un IADE ?

IE : Ouais, je dirais, ben une connaissance pharmacologique sur tout ce qui est circulatoire, les amines par exemple, l'utilisation de tout ce que je connais pas, le pan anesthésique du métier, beaucoup la ventilation aussi, compétent sur la circulation aussi je pense

IR : Quel est selon toi le champ législatif dans lequel les compétences de l'IADE s'exercent ? Dans quelles conditions il peut exercer par exemple l'intubation ?

IE : Non, je sais pas du tout.

IR : Que t'évoque le contexte politique concernant la profession IADE ?

IE : Je suis pas trop au courant, je sais qu'il y a pas eu de revalorisation salariale alors que ça peut-être été fait pour d'autres métiers de la santé, il y a 2 ans. euh... sur ce plan-là ce qu'en j'en pense c'est que c'est pas normal qu'il faut valoriser tous les métiers de la même façon, mais je sais pas très au courant des enjeux,

IR : À ton avis pourquoi la place de l'IADE pourrait être remise en cause au SMUR ?

IE : C'est une histoire d'argent, alors c'est pas mon point de vue, c'est un point de vue. Si ça tenait qu'à moi c'est bien de mixer les 2 après voilà il y a quelques années les médecins urgentistes étaient moins bien formés, quasiment, je pense que dans certains cas l'IADÉ était carrément autonome. Je pense qu'il y a des IADÉ qui étaient bien seuls sur intervention. Alors que maintenant nous, on a une formation, c'est plus complémentaire c'est pas pour dire qu'il faut diminuer les compétences paramédicales, on sait qu'aujourd'hui qu'un médecin du SAMU il peut pas faire du SMUR s'il a pas eu, avec une formation qui doit justifier d'être expert sur certains gestes, ben c'est sûr que ça fait doublon avec certaines compétences de l'IADÉ. Après en ce sens c'est moins nécessaire qu'il y a 20 ans d'avoir des IADÉ au SMUR, mais c'est bien d'avoir les 2 je pense. C'est bien d'avoir des expériences qui viennent du bloc.

IR : À ton avis, quel impact pourrait avoir la suppression des IADÉ au SMUR ?

IE : Je pense qu'il peut y avoir, tout se réorganise, dans ce cas il faut que les jeunes médecins, ils aient de vieux infirmiers avec eux. Et après sur les gestes, sur la protection des voies respiratoires, il y a des choses à mettre en place avec des médecins mobiles qui viendrait aider un jeune qui serait en difficulté sur la prise en charge des voies aériennes. Je sais pas.

IR : Merci, est-ce que tu as des éléments que tu veux ajouter ?

IE : Non, rien d'autre.

IR : Merci

Fin de l'entretien

Entretien cadre de santé

Réalisé le 30 janvier 2023

Lieu : bureau administratif

Durée : 20'23

IR : Avant de débiter, est-ce que tu me permets d'enregistrer l'entretien pour me faciliter l'exploitation ?

IE : oui, aucun problème

IR : Pour commencer, je vais te demander de te présenter et me parler de ton parcours professionnel ?

IE : Je m'appelle X donc je suis la filière infirmière diplômée depuis 1995. J'ai travaillé essentiellement, 10 ans, au service des brûlés à N et après je suis arrivée donc sur Brest en tant que roulante, en pédiatrie. Gastro, quelques secteurs en remplacement avant d'intégrer du coup, les urgences en tant qu'infirmière et après je suis allée à l'école des cadres en 2008, 2009 et pendant 13 ans j'étais cadres aux urgences Voilà. J'ai quitté donc du coup en fin d'année dernière le pôle AZUR. Après avoir effectué un remplacement de 2 mois et demi au SAMU.

IR : Comment est organisé le SMUR dans l'établissement ?

IE : Le SAMU est composé donc du coup de la régulation, du Smur et du CESU, je sais pas si c'est les réponses que t'attends mais. Avec un fonctionnement ou sur la régulation des appels, et cetera. J'étais moins en charge de cette partie-là parce qu'y avait des superviseurs et plus en charge de l'équipe. Du coup SMUR et puis et CESU. Voilà avec des équipes, 3 équipes qui tournaient sur la journée des. On va dire des trinômes, nos ambulanciers, IDE/IADE et les médecins, et de nuit, 2 équipes, 2 équipes qui a et avec la partie CESU à côté. Plusieurs enseignements, mais qui étaient moins prégnant Dans mon quotidien.

IE : Tu connais un peu l'effectif ou pas ?

J'avoue que j'ai un peu zappé, mais je dirais 25 infirmiers et autant d'ambulanciers, Du fait des temps partagés IADE, un certain nombre d'IADE est en temps partagé avec le bloc opératoire et des IDE, en temps partagé avec les urgences

IR : Quand tu étais cadre au SMUR c'était quoi ton rôle organisationnel

IE : Beaucoup de gestion de planning, alors pendant que j'y étais énormément d'arrêt avec voilà toute la difficulté de maintenir 3 équipes de jour et 2 équipes de nuit avec un maintien aussi voilà des compétences dans les équipes et savoir recruter ou il fallait pour assurer la continuité des soins et ce qu'on demande à l'extérieur au SAMU d'intervenir en toute sécurité.

IR : Quels sont les intervenants que tu connais au SMUR/SAMU ?

IE : ASH, IDE, IADE, les agents de régulation, médecins régulateurs, médecin généraliste médecin au SMUR, le superviseur, cadre sup. euh. Voilà, je vois pas d'autres personnes

IR : Quel est le rôle de ces intervenants ?

IE : Médecin régulateur, c'est répondre en fonction de l'appel et envoyer des moyens si besoin Les agents de régulation, c'est eux qui prennent l'appel et qui transfèrent l'appel au médecin régulateur ; il y avait les agents du SAS aussi.

Euh, les ambulanciers qui appartiennent à l'équipe et qui sortent au SMUR, IADE et IDE de la même manière et médecin qui interviennent sur le terrain

IR : Donne-moi la différence entre IADE et IDE ?

IE : Euh la différence, c'est le diplôme, avec 2 ans d'études supplémentaires et axés sur les prises en charge particulières et des connaissances dans les domaines de la santé de façon large.

IR : Je vais vous proposer deux situations pour lesquelles j'aimerais que vous me décriviez l'action des différents intervenants au SMUR

IE : Je ne suis pas allé sur terrain, mais j'ai sans doute une idée un peu faussée.

IR : Ce n'est grave, il n'y pas de bonnes ou mauvaises réponses

IE : Sans doute je me trompe après la prise en charge, la plus-value c'est qu'il y a un médecin alors je sais si après dans les pompiers, si ça change quelque chose ; la prise en charge va se faire avec le médecin qui va juger de la situation et de la pris en charge la plus adéquate, le traitement à mettre en place alors tout va en collaboration avec l'IADE ou infirmier avec qui il travaille en binôme ou trinôme avec l'ambulancier. L'ambulancier est là pour assurer la pris en charge famille, récupérer éventuellement des informations sur les traitements ordonnances et cetera, euh la gestion du matériel. Peut-être prendre le relai sur le massage cardiaque, L'infirmier et le médecin travaille en collaboration et sur prescription

IR : A ton avis qui intube la patiente ?

IE : Pour moi le médecin. Ce que j'en ai comme idée, car je sais qu'il y a eu plusieurs situations sur le terrain. ça va être le médecin qui va le faire sauf si il délègue et que c'est un IADE auquel cas l'IADE peut intuber, en aucun cas un infirmier, car c'est un geste pour lequel il n'est pas habilité. Et c'est sur décisions médicales ou l'IADE peut prendre la main sur l'intubation ;

IR : la deuxième situation le SMUR est engagé sur un AVP, il s'agit d'un AVP avec des victimes multiples

Dont 2 victimes nécessitent une prise en charge rapide avec la nécessité de protéger les VAS

De la même façon, qui fait quoi ? à ton avis ?

IE : Après je sais que c'est en fonction de l'équipe sur place si c'est un infirmier ou un IADE ça ne va pas être la même chose, sachant que l'IADE peut intuber et prendre en charge une façon différente le patient et il peut prendre des initiatives aussi. Si c'est un infirmier qui intervient pour le coup on va aller sur la victime la plus urgente et aller voir la victime suivante après. C'est là qu'il peut avoir une plus-value à avoir un IADE, sur place c'est qu'on peut prendre les deux patients en charge en même temps

Je dis ça, mais je pense (rires)

IR : Pour toi quel est le parcours requis pour devenir IADE ?

IE : Le parcours requis, je pense qu'il faut avoir une expérience certaine dans différents secteurs hospitaliers, je pense que d'être passé par la réanimation, par des urgences, par pourquoi pas des bloc opératoire, salle de réveil, et cetera. Du coup en tant qu'infirmier on a une expérience on a aussi une certaine vision du soin de l'urgence, des prises en charge et ça permet d'avoir une idée de ce qu'on va peut-être voir à l'école des connaissances qui nous manquent peut-être sur le terrain et qui vont peut-être nous permettre à l'école d'y répondre.

IR : Peux-tu me dire le contenu de la formation IADE ?

IE : J'ai su, après tout ce qui est pharmaco, je pense, qui doit être essentiel parce que niveau infirmier on développe pas autant, les gestes techniques, au niveau intubation, Enfin, après savoir exactement, je sais pas trop, je pense que c'est beaucoup axé sur la pharmaco

IR : Est - ce que tu connais le contenu de la formation IADE sur le domaine de l'urgence ?

IE : Non je connais pas du tout, après je sais que par rapport à la pharmaco, c'est l'induction, voilà tout cette prise en charge très bloc après je connais en détail.

IR : Pour toi quelles sont les compétences principales d'un IADE ?

IE : Aucune... rires... je plaisante. Les compétences, c'est que je disais tout à l'heure, c'est une prise en charge particulière, sur voilà d'être autonome sur certains gestes même si vous êtes au bloc opératoire avec un anesthésiste, mais il peut être dans la salle d'à côté vous êtes en capacité de prendre en charge les patients, les compétences c'est sûr qu'au SMUR c'est l'intubation. Après les connaissances particulières que vous avez avec les prescriptions, bien connaître les thérapeutiques, quand on est infirmier on a un peu moins d'aisance avec les médicaments.

IR : Quel est selon toi le champ législatif dans lequel les compétences de l'IADE s'exercent ?

IE : Non je vois pas du tout, je connais pas du tout

IR : Qu'est-ce que t'évoque le contexte politique concernant la profession IADE ?

IE : Je sais, j'ai entendu qu'il y avait des grèves, pas mal de choses en lien avec la non-reconnaissance suffisante du travail IADE sur le terrain peu importe le secteur.

Peut-être plus effectivement dans des SMUR, c'est un de sujet qui est souvent commenté peut-être moins que dans les blocs. Après on sait qu'il y a aussi une pénurie d'IADE à certain endroit effectivement je pense c'est un lien avec la reconnaissance.

IR : Qu'est-ce que tu en penses de ça toi ?

IE : Après je pense que quand on fait 2 ans, chacun fait des études, il y a une plus-value en termes de connaissance et compétences ; je pense qu'aussi c'est important que ce soit reconnu le travail qui est fait ; après je connais pas suffisamment dans le détail le contexte.

IR : A ton avis pour la place de « IADE peut-être remise en cause au SMUR ?

IE : Alors je pense, une des premières choses, c'est auparavant les médecins étaient pas forcément des médecins urgentistes. Je pense que depuis que ce sont des médecins urgentistes les choses sont un petit peu différentes, il y a une certaine compétence au niveau médicale qu'il y avait pas peut-être pas auparavant donc c'est peut-être ce qui se joue.

La deuxième chose c'est peut-être le recrutement IADE, sur l'ensemble des établissements ou au niveau national après je connais suffisamment qui pourrait être remise en question, les établissements réfléchissent par rapport au bloc opératoire, votre place est super importante et essentielle, dans les SMUR effectivement ça se fait aussi avec des infirmiers donc voilà en termes de gestion des ressources humaines et de l'absentéisme c'est peut-être voilà des questions qui peuvent être mises sur la table.

IR : A ton avis quels impacts pourraient avoir la suppression des postes d'IADE au smur ?

IE : Moi ma position elle est pas tranchée du tout, dans, ni avant mon passage au SMUR ni après je vois qu'il y a un intérêt à avoir des IADE, sur des retours, sur des retours de collègues professionnels qui ont été durs des situations un peu complexes on a pu échanger dans l'heure qui suivait, et cetera, et je me suis retrouvé à réfléchir à ce qui pouvait être dit et effectivement

les connaissances que peuvent avoir les IADE et s'il y a des infirmiers autour de la table je pense, que c'est comme ça qu'on partage qu'on apprend, je pense que ça fait grandir tout le monde et que cette émulation est hyper importante. Après là où j'ai eu aussi à contrario ou je me suis requestionné c'est des IADE qui était en place au SAMU avec toutes les connaissances et compétences qui peuvent être super intéressante et importante notamment comme on parlait tout à l'heure des prises en charge sur un AVP avec plusieurs victimes, il y a un plus. Value ; euh la me je suis dit que c'est sur les prises en charge pédiatriques ou ça m'a un peu interpellé, notamment ou sur les prises en charge d'accouchement, voilà un peu compliquées, mais ou l'IADE était pas plus à l'aise sur cette prise en charge qu'un infirmier là, et je me disais qu'en fait, si c'était l'IADE, je vois la plus-value, mais pas que, je trouve qu'à un moment donné peut-être qu'un moment donné sur les SMUR, ce qui serait intéressant c'est que tout le monde tourne sur différent secteur et Qu'on puisse alimenter en compétences, je voyais que sur les professionnels qui étaient IADE qui avaient qui étaient mutualisés avec le bloc notamment pédiatrique c'était super intéressant parce qu'eux ils avaient cette plus-value-là. Alors qu'un infirmier du SMUR ou un IADE qui a pas cette mutualisation se retrouve sur le même plan de stress qu'un infirmier. Alors sur les IADE qui était sur la pédiatrie et l'obstétrique ont cette plus-value ces situations font flipper tout le monde, si ça tournait avec les urgences, les blocs, je trouve qu'au SMUR on s'en trouverait sans doute grandit dans les prises en charge, parce que les médecins n'ont pas l'air d'être plus aguerris non plus sur les prises en charge qu'ils font très peu.

IR : Je te remercie pour tes réponses et pour le temps que tu m'as octroyé

De ton côté, Souhaites-tu ajouter des éléments ?

IE : Non, comme ça non.

IR : Merci

Fin de l'entretien

ANNEXE 5

Grille d'analyse

Extrait de la grille d'analyse.

<p>L'IADE au SMUR</p>	<p>Mobilisation Valorisation des compétences de l'IADE</p>	<p>Médecin 3 :</p> <hr/> <p>Connaissances sur la gestion de la ventilation, des connaissances sur l'hémodynamie</p> <p>Les gestes aussi l'intubation</p> <p>« Ça permet d'avoir une soupape »</p> <p>« Si je galère à intuber, ou si je sens que ça va être une intubation difficile je vais potentiellement attendre que l'infirmier ait fini pour avoir un backup »</p> <p>« Je me suis dit que l'IADE irait plus vite que moi »</p>	<p>CDS 2</p> <hr/> <p>« S'il délègue et que c'est un IADE auquel cas l'IADE peut intuber »</p> <p>« L'IADE peut intuber et prendre en charge une façon différente le patient et il peut prendre des initiatives »</p> <p>« Les compétences c'est sûr qu'au SMUR, c'est l'intubation »</p>	
-----------------------	--	--	---	--

	<p>Connaissances du métier d'IADE</p>	<p>Médecin 3 :</p> <hr/> <p><i>Connait la durée d'études parle du master</i> « Je crois j'aurais dit .. mais c'est peut-être une connerie »</p> <p>Domaine de l'urgence : « Je ne sais pas trop »</p> <p><u>Compétences :</u></p> <p><u>Législatif :</u> « Je ne sais pas du tout »</p>	<p>CDS 2</p> <hr/> <p>« Je pense peut-être »</p> <p>« J'ai su, après tout ce qui est pharmaco »</p> <p>« Après savoir exactement, je sais pas trop, je pense c'est beaucoup axé sur la pharmaco »</p> <p>« C'est des prises en charge particulières, sur voilà d'être autonomes sur certains gestes même si vous êtes au bloc opératoire avec un anesthésiste mais il peut être dans la salle d'à côté »</p> <p><u>Législatif :</u></p> <p>« Non je vois pas du tout, je connais pas du tout »</p>	<p><i>Ne connais pas le parcours</i> <i>Parle de 2 ans mais ne connais pas les détails</i></p> <p><i>Anesthésie</i> <i>Gestion ventilatoire</i></p> <p><i>Supervision médicale</i></p>
--	---------------------------------------	--	--	--

	<p>Différence IADE et IDE</p>	<p>Médecin 3 :</p> <hr/> <p>Infirmiers : 15 ans d’expérience ... il y avait des connaissances</p>	<p>CDS 2</p> <hr/> <p>« La différence, c’est le diplôme avec 2 ans d’études supplémentaires et axés sur les prises en charge particulière et des connaissances dans les domaines de la santé de façon large »</p> <p>« Tout ce qui est pharmaco, je pense, qui doit être essentiel parce que niveau infirmier on développe pas autant »</p> <p>« Quand on est infirmier, on a un peu moins d’aisance avec les médicaments »</p> <p><i>La formation</i> <i>Travail au bloc</i> <i>Compétences majorées en anesthésie</i></p>	
--	-------------------------------	---	---	--

	<p>Place de l’IADE au SMUR</p>	<p>Médecin 3 :</p> <hr/> <p>« C’est une histoire d’argent » « Ça fait doublon avec certaines compétences des IADE »</p> <p><u>Impact :</u></p> <p>« Dans ce cas il faut que les jeunes médecins, ils aient des vieux infirmiers avec eux » « Médecins mobiles ... pour aider un jeune qui serait en difficulté sur la prise en charge des voies aériennes »</p> <p>« Leur expérience et tout ce qu’ils ont vu au bloc pour moi ça aide vachement »</p>	<p>CDS 2</p> <hr/> <p>« Les compétences c’est sûr qu’au SMUR, c’est l’intubation »</p> <p>« Après on sait qu’il y a aussi une pénurie d’IADE à certains endroits »</p> <p>« C’est auparavant les médecins étaient pas forcément des médecins urgentistes, je pense que depuis que ce sont des médecins urgentistes les choses sont peu différentes, il y a une certaine compétence au niveau médicale qu’il y avait peut-être pas auparavant »</p> <p>« Le recrutement IADE sur l’ensemble des établissements ou au niveau national après je connais pas suffisamment, qui pourrait être remise en question, les établissements réfléchissent par rapport au bloc</p>	
--	--------------------------------	--	---	--

			<p>opérateur, votre place est super importante et essentielle »</p> <p>« Dans les SMUR ça se fait aussi avec des infirmiers donc voilà en termes de gestion des RH »</p> <p><u>Impact :</u></p> <p>« Il y a un intérêt à avoir des IADE sur des retours de collègues professionnels qui ont été dans des situations complexes »</p>	
--	--	--	---	--

	<p>L'IADE dans l'organisation des structures SMUR</p>	<p>Médecin 3 :</p> <hr/> <p>Nomme l'IADE dans le SMUR Temps partagé SMUR/bloc Ou SMUR / CESU</p> <p>« Après ici le rôle infirmier resté à l'infirmier »</p>	<p>CDS 2</p> <hr/> <p>« IDE/IADE »</p> <p>« Collaboration avec l'IADE ou l'infirmier »</p> <p>« S'il délègue et que c'est un IADE auquel cas l'IADE peut intuber »</p>	
--	---	---	--	--

Mémoire réalisé en vue de l'obtention du diplôme d'État
« Infirmier anesthésiste »
Promotion 2021-2023
Session « juillet 2023 »

Auteur : Gurvan MONTFORT
Directeur de mémoire : Marc Beaumont
Date de rédaction : Mai 2023
Nombre de pages : 69

ABSTRACT

Title: Skills of the nurse anesthetist in a rapid response and medical emergency team, recognition, and issue.

Background: Nurse anesthetists receive training in the field of emergency medicine during their studies. Historically, the nurse anesthetist has been identified as the ideal paramedical staff member to work in a medical emergency team. However, this position is being questioned.

Objective: The objective of this study is to determine and understand how the specific skills of nurse anesthetists are recognized and how they are mobilized within the rapid response unit and medical emergency team.

Method: The method used was a multicenter qualitative study. Eight interviews were conducted with emergency doctors and healthcare managers at French hospitals of Brest (29), Quimper (29), and Villeneuve Saint-Georges (94)

Results: Professional practices of nurse anesthetists, their specific skills, and the conditions under which they can exercise and mobilize themselves were shown by the results of the study to not be well-known by the doctors. Specific skills of nurse anesthetists, such as airway management, are acknowledged by emergency doctors, but these skills are seen to compete with their own emergency skills. It is demonstrated by this study that for some doctors, specific skills of nurse anesthetist in the emergency rapid response unit may be replaced by extensive experience of non-anesthesia trained nurses.

Conclusion: Even though the role of nurse anesthetist in the medical emergency team appears to be recognized, their profession and skills are not well known. Technical abilities of nurse anesthetist do not seem to be fully utilized.

Keys word: Nurse anesthetist/ Recognition and mobilization of skills/ Rapid response and medical emergency team

RÉSUMÉ

Titre : Les compétences de l'infirmier anesthésiste au SMUR, reconnaissance et enjeux.

Introduction : L'infirmier anesthésiste reçoit une formation lors de ses études dans le domaine de la médecine d'urgence. Historiquement il est identifié comme le personnel paramédical idéal pour travailler dans les structures mobiles d'urgences et de réanimations. Pourtant aujourd'hui cette place semble questionnée.

Objectif : l'objectif de l'étude est de savoir et comprendre comment les compétences spécifiques de l'infirmier anesthésiste sont reconnues et mobilisées au SMUR et quels en sont les enjeux.

Méthode : la méthode utilisée est une étude qualitative multicentrique. 8 entretiens ont été menés auprès de médecins urgentistes et de cadres de santé dans les centres hospitaliers Français de Brest (29), Quimper (29) et Villeneuve Saint-Georges (94).

Résultats : Les résultats de l'étude montrent que les compétences spécifiques de l'infirmier anesthésiste sont reconnues et mobilisées. Il est perçu comme un renfort technique de qualité par les médecins urgentistes. Néanmoins leurs connaissances sur le métier d'infirmier anesthésiste restent toutes relatives.

Les résultats montrent que pour les professionnels interrogés, les enjeux de la place de l'infirmier anesthésiste sont principalement d'ordre financier et liés à la gestion des ressources humaines des établissements.

Conclusion : L'infirmier anesthésiste est considéré comme un renfort technique indéniable au SMUR mais son maintien dans cette fonction semble interrogé.

Mots clés : Infirmiers anesthésistes/Enjeux / Reconnaissance et mobilisations des connaissances/Renfort technique/ SMUR