

# 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/snia\\_support\\_smur\\_bd\\_pages.pdf](http://www.snia.net/uploads/7/7/8/5/7785148/snia_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](http://www.sfmur.org/upload/consensus/rfe_sedation_analgésie_2010.pdf) (Dernier accès le 5 décembre 2015)