EXTUBATION PAR UN IDE EN SSPI : AVIS DU SNIA

L'extubation d'un patient par un infirmier diplômé d'État (IDE) en salle de surveillance post-interventionnelle (SSPI) fait l'objet d'un débat important depuis la publication de l'arrêté de juin 2026, qui exclut désormais explicitement le retrait de la sonde d'intubation du rôle propre infirmier.

Le Syndicat National des Infirmier·es Anesthésistes (SNIA) défend un cadre réglementaire clair et sécurisé pour l'exercice des infirmier·es anesthésistes et la prise en charge des patients. Dans ce contexte, plusieurs organisations représentant les médecins anesthésistes-réanimateurs demandent aujourd'hui une évolution du cadre réglementaire.

Pour le SNIA, la question est avant tout de déterminer précisément le fondement juridique permettant à un IDE non IADE de réaliser une extubation en SSPI, et la portée du protocole proposé par la Société Française d'Anesthésie et de Réanimation (SFAR).

POSITION DE LA DGOS RAPPORTÉE EN AOÛT 2026

Selon une information publiée par APMnews le 20 août 2026, la DGOS a indiqué que :

« la réglementation n'avait pas évolué et que l'extubation demeurait réalisable par des IDE dans le seul cadre d'un protocole de coopération. »

Cette position est particulièrement importante.

Elle signifie, si cette information est correctement rapportée et interprétée dans son sens juridique, que la DGOS ne considère pas l'extubation comme relevant des compétences infirmières générales permettant à un IDE d'effectuer ce geste sur la seule base d'une prescription médicale.

Autrement dit, une prescription médicale autorisant l'extubation ne suffirait pas, à elle seule, à créer une compétence que les textes réglementaires ne reconnaissent pas à l'IDE.

UNE SITUATION PARTICULIÈRE POUR L'IADE

Cette analyse doit également être rapprochée du régime juridique spécifique de l'infirmier anesthésiste diplômé d'État.

L'article R.4311-12 du Code de la santé publique confère à l'IADE des compétences particulières en matière d'anesthésie et prévoit son intervention dans le parcours péri-anesthésique, notamment en SSPI.

L'IADE dispose ainsi d'un cadre réglementaire spécifique qui ne peut être transposé automatiquement à l'IDE non spécialisé.

Il convient donc de distinguer clairement les compétences réglementairement attribuées à l'IADE de celles reconnues à l'IDE.

UN PROTOCOLE LOCAL NE PEUT-IL PAS CRÉER UNE COMPÉTENCE ?

C'est précisément sur ce point que le protocole proposé par la SFAR soulève des interrogations.

Un protocole élaboré au niveau d'un établissement, même validé par la communauté médicale, la CME ou la direction, ne constitue pas nécessairement un protocole de coopération au sens des articles L.4011-1 et suivants du Code de la santé publique.

La validation institutionnelle d'une procédure ne permet pas, à elle seule, de déroger aux limites réglementaires d'exercice d'une profession.

Ainsi, si l'extubation est effectivement exclue du rôle propre infirmier par la réglementation issue de juin 2026, il paraît difficile de considérer qu'un simple protocole local puisse, à lui seul, permettre à un IDE d'acquérir cette compétence en dehors du dispositif juridique prévu pour les coopérations entre professionnels.

DES INTERROGATIONS CONCERNANT LE PROTOCOL PROPOSÉ

Plusieurs passages du protocole proposé appellent, à ce titre, des observations.

1. Le fondement réglementaire

Le protocole fait référence à des compétences infirmières reconnues et confirmées par la réglementation de juin 2026.

Cette formulation peut surprendre dès lors que cette même réglementation semble précisément avoir apporté une clarification concernant le retrait de la sonde d'intubation en l'excluant du rôle propre infirmier.

Il apparaît donc nécessaire de préciser sur quel fondement réglementaire exact l'IDE serait autorisé à réaliser ce geste.

2. La formation certifiante et la certification Qualiopi

Le protocole fait également référence à une formation certifiante bénéficiant de la certification Qualiopi.

Il convient cependant de distinguer la certification Qualiopi du contenu et de la reconnaissance réglementaire de la formation.

La certification Qualiopi atteste essentiellement du respect, par le prestataire de formation, d'un référentiel qualité comportant des critères et indicateurs déterminés.

Elle ne signifie pas, en elle-même, que le geste enseigné est réglementairement autorisé pour la profession concernée.

Une formation peut donc permettre l'acquisition d'un savoir-faire technique sans pour autant créer une compétence juridique ou réglementaire nouvelle.

3. La prescription du MAR

Le protocole prévoit que l'extubation serait réalisée uniquement lorsque le médecin anesthésiste-réanimateur l'a prescrite sur la feuille de prescriptions postopératoires.

Cette disposition soulève une difficulté de fond.

Une prescription médicale peut ordonner ou autoriser la réalisation d'un acte lorsque celui-ci entre dans les compétences du professionnel auquel elle est destinée.

En revanche, elle ne peut, à elle seule, transformer un acte exclu du champ de compétence réglementaire de l'IDE en acte relevant de ses compétences.

La question centrale devient donc :

la prescription du MAR constitue-t-elle un fondement juridique suffisant pour autoriser un IDE à pratiquer l'extubation, ou faut-il nécessairement recourir au dispositif de coopération prévu par les articles L.4011-1 et suivants du CSP ?

La réponse rapportée par APMnews concernant la position de la DGOS en août 2026 semble aller dans le sens de la seconde hypothèse.

4. La disponibilité immédiate du MAR

Le protocole prévoit également que l'IDE doit, avant toute extubation, s'assurer de la disponibilité immédiate du médecin et différer le geste si celui-ci est occupé.

Cette disposition appelle également une réflexion particulière.

Elle semble reconnaître implicitement que, dans certaines circonstances, le médecin anesthésiste-réanimateur peut ne pas être immédiatement disponible en SSPI.

Cette problématique n'est pas nouvelle et renvoie notamment aux exigences réglementaires relatives à la surveillance des patients en SSPI et à la capacité d'intervention du médecin anesthésiste-réanimateur.

Mais elle soulève une question essentielle de sécurité :

Que doit faire l'IDE lorsqu'un patient intubé présente une situation nécessitant une intervention immédiate alors que le MAR n'est momentanément pas disponible ?

La question est particulièrement importante lorsque le patient est en cours de réveil, présente une agitation ou une obstruction, ou lorsque la sonde d'intubation devient problématique.

Si l'IDE ne dispose pas de la compétence réglementaire lui permettant d'extuber, mais qu'il se trouve confronté à une situation dans laquelle le maintien de la sonde devient lui-même problématique, le protocole doit préciser de manière juridiquement et médicalement sécurisée la conduite à tenir.

5. Une contradiction apparente sur la disponibilité médicale

Le même principe semble apparaître à plusieurs endroits du protocole : l'IDE ne pourrait extuber que si le MAR est immédiatement disponible.

Cela pose une question de cohérence avec l'objectif même d'une organisation permettant à l'IDE de réaliser l'extubation.

Si la présence ou la disponibilité immédiate du MAR constitue une condition impérative à l'extubation, il convient alors de déterminer précisément quelle est la plus-value de confier le geste à l'IDE plutôt que de maintenir l'extubation dans le champ de compétence du médecin anesthésiste-réanimateur ou de l'IADE.

Cette question est d'autant plus importante que la SSPI constitue précisément un secteur dans lequel la capacité d'intervention immédiate du MAR constitue un élément essentiel de la sécurité anesthésique.

6. Le fondement réglementaire cité au point 9

Enfin, le protocole cite comme fondement réglementaire l'arrêté de juin 2026 alors même que celui-ci semble avoir précisément apporté une clarification en excluant le retrait de la sonde d'intubation du rôle propre infirmier.

Une clarification est-elle encore nécessaire ?

Dès lors que la DGOS a, selon les informations rapportées par APMnews, indiqué que l'extubation par un IDE demeurait possible uniquement dans le cadre d'un protocole de coopération, la question n'est peut-être plus de savoir si une prescription médicale peut autoriser l'IDE à extuber.

La question devient plutôt celle de la qualification juridique exacte du protocole proposé.

Si la DGOS confirme que l'extubation par un IDE ne peut être réalisée que dans le cadre des articles L.4011-1 et suivants du CSP, cela implique juridiquement que l'extubation par un IDE ne peut pas être réalisée sur simple prescription et dans le cadre d'un protocole local, même validé par la CME et la direction de l'établissement.

ENJEU DE RESPONSABILITÉ

Cette question ne relève pas uniquement d'une discussion théorique sur le champ de compétence des professionnels.

En cas de complication grave consécutive à une extubation réalisée par un IDE en SSPI, notamment en cas de détresse respiratoire, d'inhalation, de laryngospasme, d'hypoxémie ou de nécessité de réintubation, la question de la responsabilité des différents intervenants pourrait être examinée.

Selon les circonstances, pourraient notamment être interrogés :

- le professionnel ayant réalisé le geste ;
- le médecin ayant prescrit ou validé l'extubation ;
- les responsables ayant élaboré ou validé le protocole ;
- l'établissement ayant organisé cette pratique ;
- et, le cas échéant, les instances ayant contribué à sa mise en œuvre.

La responsabilité de chacun ne pourrait évidemment être appréciée qu'au regard des faits précis, du cadre réglementaire applicable et des circonstances de l'événement.

CONCLUSION

La publication d'un protocole permettant à un IDE non IADE de réaliser l'extubation en SSPI soulève donc plusieurs interrogations qui dépassent la seule question de la compétence technique.

Si la réglementation de juin 2026 exclut effectivement le retrait de la sonde d'intubation du rôle propre infirmier et si la DGOS a confirmé en août 2026 que l'extubation par un IDE ne peut intervenir que dans le cadre d'un protocole de coopération, il paraît indispensable de distinguer juridiquement :

- la prescription médicale ;
- le protocole médical ou institutionnel ;
- et le protocole de coopération prévu par le Code de la santé publique.

La seule existence d'une prescription du MAR, d'une formation spécifique ou d'une validation par la CME ne saurait, à elle seule, suffire à démontrer l'existence d'une compétence réglementaire permettant à l'IDE de réaliser l'extubation.

Depuis 75 ans, le SNIA porte la défense et la reconnaissance des compétences des infirmier·es anesthésistes. Dans ce cadre, il restera particulièrement attentif à ce que les évolutions de l'exercice professionnel reposent sur un cadre juridique clairement établi, lisible pour les professionnels et garantissant la sécurité des patients.

En cas de complication grave, la question de la responsabilité de l'ensemble des acteurs ayant contribué à la mise en place et à la réalisation de cette pratique pourrait naturellement être examinée. Le SNIA pourrait alors, sous réserve des conditions juridiques applicables et de son intérêt à agir, envisager les suites judiciaires appropriées, notamment une éventuelle constitution de partie civile.

Article rédigé par Bruno Huet, pour le SNIA