

Pour donner suite à la publication par la SFAR des « Préconisations pour les ressources humaines médicales en anesthésie programmée (hors anesthésie pédiatrique et obstétricale) 2024 », Bruno Huet, secrétaire général adjoint du SNIA et ancien expert judiciaire, souhaite mettre en évidence plusieurs raccourcis et imprécisions d'ordre réglementaire.

Tout d'abord, il est regrettable que le Conseil National Professionnel des Infirmier(e)s-Anesthésistes (CNPIA) n'ait pas été sollicité pour émettre son avis, contrairement aux pratiques antérieures où les organisations professionnelles des Infirmier(e)s-Anesthésistes Diplômées d'Etat (IADE) étaient étroitement associées à l'élaboration des préconisations les concernant.

1- Une rédaction de l'activité et des compétences IADE globalement approximative :

Selon ces préconisations, en 2024 : *l'IADE est habilité, à condition qu'un MAR (Médecin Anesthésiste-Réanimateur) soit présent sur le site et puisse intervenir sans délai, et après qu'un MAR ait examiné le patient et établi la stratégie de prise en charge, à appliquer les techniques suivantes : anesthésie générale, réinjections d'anesthésie loco-régionale lorsque le dispositif a été mis en place par un MAR, surveillance du monitoring de l'anesthésie, réanimation per-opératoire, et surveillance post-interventionnelle immédiate. L'IADE accomplit les soins et peut, à l'initiative exclusive et sous la responsabilité du MAR, réaliser les gestes techniques qui concourent à l'application du protocole anesthésique.*

La SFAR a donc choisi de décrire l'activité et les compétences des IADE en faisant référence à une rédaction antérieure au Décret n° 2017-316 du 10 mars 2017 relatif aux actes infirmiers relevant de la compétence des infirmiers anesthésistes diplômés d'Etat. Ces préconisations ne reflètent donc pas fidèlement l'article R4311-12 actuel, qui stipule **que l'IADE est habilité à pratiquer** les actes suivants :

- a) Anesthésie générale ;
- b) Anesthésie loco-régionale, y compris réinjections lorsque le dispositif a été mis en place par un MAR ;
- c) Réanimation per-opératoire.

⇒ **Depuis 2017, la réglementation ne décrit plus la réalisation d'un « protocole » mais bien l'application d'une « stratégie », définie lors de la consultation anesthésique préalable à l'intervention.**

2- Une difficulté à adapter le langage aux évolutions des compétences IADE :

Les IADE ont vu leurs responsabilités et leurs compétences élargies, incluant des actes techniques complexes et une formation plus approfondie. Cependant, le langage utilisé dans ces préconisations n'a pas suivi cette évolution. Certains termes reflètent un modèle de réflexion obsolète, comme l'utilisation de « protocole » au lieu de « stratégie », ce qui réduit l'IADE à un rôle d'exécutant des décisions médicales.

Une réduction volontaire de l'autonomie :

L'utilisation de termes tels que « protocole » peut suggérer que l'IADE se limite à un rôle subordonné, dépourvu d'apport intellectuel ou décisionnel dans la prise en charge du patient. Cette terminologie reflète une perception dépassée et réductrice, qui ne tient pas compte de la réalité des compétences des IADE, ni de leur contribution essentielle à la mise en œuvre et à l'adaptation des stratégies anesthésiques.

Une perception archaïque de l'IADE :

Un vocabulaire inapproprié ou dévalorisant compromet la reconnaissance de l'expertise des IADE et peut engendrer des tensions dans la collaboration interprofessionnelle. Cette situation risque d'éroder la confiance mutuelle entre IADE et MAR, pourtant essentielle à une prise en charge optimale des patients.

Un impact sur la dynamique de travail :

Réduire l'autonomie perçue des IADE en employant une sémantique inappropriée peut induire une dépendance artificielle envers les MAR, alors que les IADE disposent des compétences nécessaires pour gérer de manière autonome de nombreuses situations complexes. Une telle représentation limite injustement leur rôle et leur contribution à la prise en charge anesthésique.

En conclusion concernant l'activité des IADE :

Sans remettre en question la responsabilité des MAR et leur supervision, indispensables pour garantir la sécurité des actes d'anesthésie, la sémantique employée dans ces préconisations ne respecte pas pleinement les textes réglementaires régissant la profession des IADE ni les principes de collaboration entre IADE et MAR.

3- Des contradictions dans la rédaction :

Ces préconisations sont en contradiction avec la reconnaissance exprimée par la SFAR dans des publications telles que :

- La SFAR soutient les IADE (<https://sfar.org/la-sfar-soutien-les-iade/>),
- Mise à jour du décret de compétence des IADE (<https://sfar.org/a-propos-de-mise-a-jour-decret-de-competence-iade/>).

Le Professeur Ecoffey soulignait d'ailleurs dès 2009 que « la réaction de chaque individu à l'anesthésie, à l'acte chirurgical ou diagnostique [...] nécessite une adaptation permanente de la procédure. L'anesthésie ne peut donc être protocolisée au sens strict. »¹

Les représentants médicaux de la profession avaient pourtant appuyé l'évolution sémantique de l'article R4311-12 afin d'éviter les interprétations ambiguës et de garantir la présence d'un MAR sur site, prêt à intervenir en cas de complications.

Un effort conjoint pour moderniser le langage, en cohérence avec les évolutions réglementaires et les pratiques actuelles, pourrait améliorer la collaboration et la reconnaissance mutuelle entre MAR et IADE.

4-Des points spécifiques qui questionnent :

- ⇒ **R1.4** : Les experts rappellent qu'un professionnel de l'anesthésie doit assurer la surveillance clinique continue du patient anesthésié (*articles R 4311-12 et R 6153-1-2 du CSP*).
- ⇒ **R2.3** : Pour des anesthésies loco-régionales périphériques, les experts suggèrent que le MAR puisse superviser plus de deux patients, à condition qu'un IDE formé les surveille sous sa supervision (*article D6124-94 du CSP*).
- ⇒ **R2.1** : Le MAR est seul habilité à décider de la gestion simultanée d'une ou deux salles d'intervention.

Les incohérences observées :

- La réalisation d'une anesthésie loco-régionale constitue un acte d'anesthésie, nécessitant la présence continue d'un professionnel conformément à la recommandation R1.4 et à l'article R 6153-1-2 du CSP.
- Un MAR supervisant deux salles ne peut pas garantir une supervision effective en SSPI, notamment en cas de complications.

5-Des propositions de corrections :

Pour respecter les réglementations en vigueur et éviter toute ambiguïté :

- ⇒ Positionner un IADE ou un MAR référent en SSPI lors d'actes d'anesthésie loco-régionale.
- ⇒ Valoriser les compétences des IADE dans la gestion autonome de situations critiques, tout en respectant la coordination avec le MAR.

En conclusion :

Limiter le rôle des IADE à une simple fonction d'IDE est non seulement inapproprié, mais également réducteur, au regard des compétences spécifiques et du niveau d'expertise requis pour exercer ce métier. Les IADE sont des professionnels hautement qualifiés, formés pour

¹<https://www.mapar.org/article/1/Communication%20MAPAR/dt0csm19/Infirmier%28e%29%20anesth%C3%A9siste%20et%20anesth%C3%A9siste-r%C3%A9animation%20:%20coop%C3%A9ration%20et%20responsabilit%C3%A9s.pdf> p643

intervenir dans des situations complexes où la précision, la réactivité et la maîtrise des techniques avancées d'anesthésie et de réanimation sont indispensables.

Leur formation spécialisée, qui inclut une expérience clinique approfondie et une connaissance théorique poussée en physiologie, pharmacologie et gestion des risques, leur permet d'assumer des responsabilités qui vont bien au-delà du champ d'action d'un IDE généraliste. Les IADE participent activement à la planification, à la mise en œuvre et à l'adaptation des stratégies anesthésiques, en coordination avec les médecins anesthésistes-réanimateurs.

Les enjeux de leur rôle ne se limitent donc pas à une simple exécution technique : ils impliquent également une prise de décision rapide et adaptée en cas de complications, ainsi qu'une capacité à collaborer de manière efficace avec toute l'équipe médicale pour assurer la sécurité et le confort du patient. En ce sens, minimiser leur apport intellectuel ou décisionnel revient à ignorer leur rôle fondamental dans la chaîne de soins.

Reconnaître pleinement les compétences des IADE signifie également valoriser leur statut en tant qu'experts dans leur domaine, ce qui renforce la collaboration interprofessionnelle. Cela permet de maintenir un environnement de travail basé sur la confiance mutuelle et sur le respect des rôles et responsabilités de chacun. Un tel positionnement est essentiel pour optimiser la qualité des soins et la sécurité des patients, tout en promouvant l'évolution continue de la profession.

Bruno Huet
Secrétaire général adjoint du SNIA

des Infirmiers Anesthésistes