

Editorial

Un été ardent

La loi infirmière est désormais définitive ! L'article 2, amendé par le ministre de la Santé et les sénateurs, est désormais inscrit dans le texte adopté, consacrant une avancée législative majeure. Cette reconnaissance historique valorise l'expertise des spécialistes et renforce leur rôle essentiel dans la prise en charge des patients. Une victoire significative pour le SNIA, dont l'engagement sans faille a été déterminant dans cette évolution ! Mais cette avancée n'est pas une fin : elle marque le début d'une transformation profonde. Par-delà les batailles syndicales, les luttes de reconnaissance et les joutes parlementaires, une réalité s'impose aujourd'hui : les infirmier(e)s-anesthésistes incarnent une profession de haute technicité, d'intelligence clinique, de responsabilité et d'éthique.

La reconnaissance législative de leur pratique avancée est une étape décisive, mais elle ouvre surtout une nouvelle voie. L'IADE n'est pas un simple exécutant : il est un clinicien autonome, un expert capable de décider, d'anticiper et de réagir dans des situations critiques. À l'ère des soins complexes, cette autonomie ne doit plus être subie ou tolérée : elle doit être pleinement reconnue, institutionnalisée et valorisée.

Cependant, l'avenir de la profession ne repose pas seulement sur la technique. Il se joue désormais sur le terrain de l'intelligence collective, de la transversalité et de l'innovation organisationnelle. Être infirmier(e)-anesthésiste demain, ce sera bien plus que maîtriser des protocoles : ce sera comprendre les logiques de parcours de soins, participer aux choix thérapeutiques, intégrer la dimension éthique du soin et piloter la qualité et la sécurité avec expertise et humanité.

La pratique avancée ne doit pas être une adaptation forcée aux modèles existants, mais une reconnaissance authentique des singularités et des compétences spécifiques des infirmier(e)s-anesthésistes. Il faut penser cette évolution avec ambition, en respectant les identités professionnelles et en répondant aux besoins du système de santé.

Enfin, une véritable ambition académique doit émerger. L'universitarisation et la recherche ne sont pas de simples compléments, mais des piliers essentiels pour structurer la formation des leaders de demain et renforcer l'impact des IADE dans le système de santé.

L'avenir repose également sur une approche interprofessionnelle plus mature. La reconnaissance des infirmier(e)s-anesthésistes ne doit pas être vue comme une concurrence, mais comme une avancée bénéfique pour l'ensemble du système de santé. Il ne s'agit pas de diviser les métiers, mais d'enrichir l'offre de compétences, dans un esprit de coopération et de confiance.

Le moment est venu de dépasser les clivages pour inventer une gouvernance interprofessionnelle équilibrée. L'IADE du futur ne sera ni un médecin raté, ni un infirmier glorifié : il sera un professionnel pleinement reconnu, capable de faire le lien entre les savoirs, les disciplines et les générations.

Dans un contexte où l'hôpital public vacille, où les vocations s'effritent et où les soignants cherchent du sens, la reconnaissance pleine et entière des infirmier(e)s-anesthésistes n'est pas un luxe : c'est une nécessité absolue.

Bel été !

Christophe PAYSANT
Président du SNIA

SOMMAIRE

Page 1

- Edito

Page 2

- Annonces congrès

Pages 5 - 11

- Actualité syndicale

Pages 12 - 20

- SNIA & CNPIA – Contribution et expertise

Pages 21 - 22

- Veille juridique

Page 23

- Communiqué CNPIA

Pages 24 - 31

- Article professionnel

Pages 32 - 33

- À la découverte d'une association

Syndicat National des Infirmier(e)s Anesthésistes

157, rue Legendre - 75017 Paris

Tél. : 01 40 35 31 98 - Fax : 01 40 35 31 95

E-mail : contact@snia.net

Editeur et régie publicitaire :

Réseau Pro Santé - M. Tabtab, Directeur

14, Rue Commines - 75003 Paris

Tél. : 01 53 09 90 05

E-mail : contact@reseauprosante.fr

<http://reseauprosante.fr/>

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

Les annonceurs sont seuls responsables du contenu de leur annonce.

Illustration couverture : Création assistée par intelligence artificielle via DALL-E (ChatGPT, OpenAI), sur demande du SNIA. L'image a été réalisée spécifiquement pour ce bulletin.



ANNONCES CONGRÈS

Les dates de congrès annoncées ici sont susceptibles d'être modifiées en fonction de la situation sanitaire.

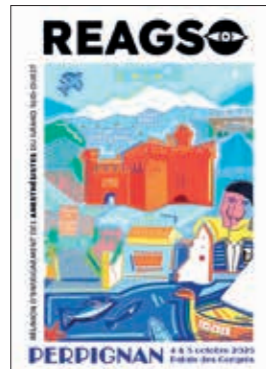
17 au 19 septembre 2025 – SFAR 2025
Palais des Congrès – Paris
Site : <https://www.sfar-lecongres.com/inscriptions/>



2 et 3 octobre 2025 – Congrès du Collège Breton d'Accès Vasculaire CBAV 2025
Palais des Congrès – Lorient
Site : <https://cbav.fr/inscription>



4 et 5 octobre 2025 – Congrès REAGSO
Réunion d'Enseignement des Anesthésistes du Grand Sud-Ouest
Palais des congrès – Perpignan
Site : <https://www.reagso.com/>



15 novembre 2025 – Journée TOLOS'IADE 2025
Novotel Toulouse Aéroport
Site : <https://www.tolosiaide.fr>



Inscription



10 octobre 2025 – 15^{ème} édition de l'AIVOC
Association d'Infirmier(e)s Anesthésistes de Vannes
IFPS Campus Tohannic – Rue André Lwoff – Vannes
Site : <https://www.helloasso.com/associations/aivoc/evenements/soiree-aivoc-2>
Contact : iade.asso@ch-bretagne-atlantique.fr



28 novembre 2025 – 33^{ème} congrès national AFISAR
Grand Magic Hotel – 77700 Magny-le-Hongre
Site : <https://www.afisar.fr>
Contact : agnes.singlande@afisar.fr



15 au 19 avril 2026 – WCA 2026
19th World Congress of Anaesthesiologists
Marrakech, Maroc
Site : <https://wcacongress.org/>



Association d'Infirmier(e)s Anesthésistes de Vannes

SOIRÉE CONFÉRENCE 15^{ème} édition de l'



Vendredi 10 octobre 2025

IFPS Campus Tohannic, rue André Lwoff - Vannes



• Analgésie du travail obstétrical

Pr Hawa KEITA-MEYER
Hôpital Necker - Paris

• L'écologie et le Propofol

Delphie DUPARC
IADE CHBA - Vannes

• L'alternance jour/nuit : Quels impacts sur notre santé ?

Dr Anca MONTAGNIER
CHBA - Vannes

Contact: iade.asso@ch-bretagne-atlantique.fr



Inscriptions

Via le QR code ou sur place



Plein Tarif : 15 euros
Étudiant : 5 euros



Horaires

18h : Ouverture des portes et pot d'accueil, visite des partenaires
19h-19h15 : L'écologie et le propofol
19h15-19h30 : L'alternance jour/nuit
19h30-20h30 : Analgésie du travail obstétrical
20h30 : Buffet en compagnie de nos partenaires





33^{ème} Congrès National

AFISAR



28 novembre 2025



Grand Magic Hotel

28 Av. de la Poste des Provençaux, 77760 Nogny-la-Roche

Préprogramme

Ateliers



IADE à MSF

24 heures en mission humanitaire

Mathieu Baltazard

L'IA en anesthésie

Garry Laudren

Prévention des DCPO

Katia Ribault & Adeline Latorse

Qualité de vie au travail

Jeremy Gaillard

IADE et chercheur, pourquoi pas moi ?

Erwan Guillouet

Retour d'expérience : extubation en DV

Vincent Talaa

La Gamification en simulation

Murielle Schulze & Cédric Faulhaber

IADE et auscultation pulmonaire : état des lieux

Jennifer Guillon & Marie Tournoux

Monitoring hémodynamique et remplissage vasculaire

Isabelle Cailloux & Astrid Teillot



Agnes.singlande@afisar.fr



www.afisar.fr



ACTUALITÉ SYNDICALE

Pratique avancée : Chronique de l'épilogue d'un combat professionnel séculaire

Imaginez un système de santé où les infirmiers anesthésistes diplômés d'État seraient enfin reconnus à la hauteur de leur expertise, exerçant avec une autonomie valorisée et une pratique avancée pleinement assumée, au bénéfice direct des patients. Ce rêve, longtemps relégué au rang des utopies, sembla à plusieurs reprises à portée de main. Mais le chemin vers cette reconnaissance s'avérait semé d'embûches. C'est dans ce contexte incertain que le Syndicat National des Infirmiers Anesthésistes (SNIA) engagea un combat acharné, stratégique et sans relâche, pour inscrire cette ambition légitime dans le cadre de la « grande Loi infirmière ».

Un combat de longue haleine

À la fin de l'année 2024, l'instabilité politique persistante freina une nouvelle fois l'émergence d'une reconnaissance claire des infirmiers anesthésistes diplômés d'État (IADE) en tant que professionnels de la pratique avancée. Et pourtant, l'article L4301-1 du Code de la santé publique (CSP) encadrait déjà l'exercice en pratique avancée pour certaines professions paramédicales, permettant, sous conditions, à des auxiliaires médicaux comme les infirmiers, les masseurs-kinésithérapeutes ou les orthophonistes de bénéficier d'un statut d'autonomie accrue.

Malgré leur haut niveau de formation et une compétence clinique unanimement reconnue, les IADE restaient paradoxalement exclus de ce cadre juridique. Une incohérence

d'autant plus flagrante que leur profession avait été historiquement pensée sur le modèle nord-américain des Certified Registered Nurse Anesthetists (CRNA), lesquels jouissaient depuis des décennies d'une autonomie pleine et entière aux États-Unis. Les CRNA y assuraient la prise en charge péri-opératoire de millions de patients et intervenaient sans tutelle médicale directe, illustrant chaque jour ce que pourrait être une véritable pratique avancée en anesthésie. Ce décalage entre les réalités françaises et les standards internationaux soulignait, avec force, l'absurdité d'un statu quo injustifiable.

Prologue : Les promesses d'un printemps professionnel

En ce printemps 2025, l'agitation était palpable dans les travées du Parlement. La proposition de loi relative « au métier d'infirmier » (PPL 654) fit renaître les espoirs, mais également les tensions. Dans le sillage de la reconnaissance des Infirmiers en Pratique Avancée (IPA) en 2018, les IADE attendaient, eux aussi, leur heure. Experts du soin critique, garants de la sécurité anesthésique, impliqués dans la gestion de la douleur, ils revendiquaient depuis des années une reconnaissance à la hauteur de leur expertise. La loi en discussion semblait être une occasion historique. Encore fallait-il qu'elle ne se transforme pas une énième fois en piège politique.

La censure du gouvernement Barnier et la nomination de M. Yannick Neuder au poste de ministre de la Santé avait rebattu profondément les cartes. Engagé depuis de nombreuses

années en faveur de la reconnaissance en pratique avancée et de l'évolution statutaire des IADE, le député Neuder avait pris maintes fois la parole à l'Assemblée nationale et en commission des affaires sociales (CASAN) pour défendre ces enjeux.

Dès janvier, sous son impulsion, le cabinet ministériel, accompagné de la DGOS, avait repris contact avec les instances représentatives des IADE en s'adressant au Conseil National Professionnel des Infirmiers Anesthésistes (CNPIA). L'objectif était alors de préciser les revendications spécifiques de la profession afin d'aboutir à une solution législative via la loi sur le métier infirmier. Mais le temps de concertation et d'aboutissement à un projet d'amendement était restreint.

Acte I : L'entrée des IADE dans l'arène parlementaire

À l'Assemblée nationale, les représentants de la profession observèrent avec méfiance l'arrivée de la première lecture du texte. Malgré un exposé des motifs prometteur, rien, ou presque, ne les mentionnait. Les membres du CNPIA se mobilisèrent. Dans les couloirs feutrés des institutions, ils alertèrent, expliquèrent, plaidèrent. L'objectif était clair : faire entendre la voix d'une spécialité trop souvent oubliée dans les réformes globales.

Le texte initial s'inscrivait dans une volonté de simplification excessive. Mais cette simplification menaçait d'effacer les spécificités des spécialités infirmières. Pour les IADE,

il n'était pas question d'être absorbés dans une catégorie unique d'infirmier en pratique avancée, conçue sans leur concours, ni réflexion sur leurs particularités de formation et d'exercice. Pourtant, lors du vote à l'Assemblée nationale, l'article 2 demeura inchangé. Alors même que le SNIA et le CNPIA œuvraient de concert avec le ministère de la Santé pour peaufiner cet article-clé, il fallut remobiliser toutes les parties prenantes : des représentants des spécialités infirmières à l'Ordre national des infirmiers, sans oublier ces nombreuses personnalités discrètes dont l'engagement constant était déterminant.

Acte II : Le combat des idées au Sénat

Dans le cadre des travaux de la commission des affaires sociales du Sénat, une audition fut programmée avec les trois Conseils Nationaux Professionnels (CNP) de spécialités, en présence des deux rapporteurs sénatoriaux. À cette occasion, le CNPIA produisit une contribution écrite et répondit à un questionnaire de vingt-cinq questions. Pour la première fois, les représentants IADE étaient sérieusement et intelligemment interrogés sur ce projet de loi : ce moment marqua un tournant historique.

Pendant que la commission prêtait une oreille attentive, des manœuvres discrètes se dessinaient en coulisses. Le SNIA découvrit que l'UFMICT-CGT, accompagné de plusieurs syndicats de médecins anesthésistes, avait publié un communiqué commun. Sous des formules diplomatiques, ce texte

renforçait la subordination statutaire des IADE, occultant toute reconnaissance de leur autonomie et passant sous silence leurs revendications sur la pratique avancée. La trahison de l'UFMICT-CGT, pourtant depuis longtemps perçue comme une organisation alliée des IADE, fut un choc. Sans consulter les représentants IADE, elle s'alignait sur une position médicale conservatrice, renforçant ainsi les discours rétrogrades.

Dans le même temps, les sénateurs constatèrent de profondes divisions au sein de la profession infirmière, ainsi qu'une défiance croissante à l'égard des IADE. Pourtant, le CNPIA, fidèle à ses principes, persista à défendre une parole libre, argumentée et rigoureuse. Cette posture dérangeait.

Acte III : Le temps des décisions

Les résultats de l'examen des amendements en commission tombèrent le mardi 29 avril : aucun amendement en faveur des IADE ne fut retenu. Toutefois, le rapport législatif apporta une lueur d'espoir. La commission des affaires sociales et ses rapporteurs affirmèrent leur soutien à une reconnaissance d'une forme de pratique avancée propre aux infirmiers de spécialité.

Ils dispensèrent l'analyse portée par CNPIA : le modèle unique des IPA ne reflétait pas la diversité des expertises infirmières. Ils exprimèrent leurs réserves sur l'article 2, qui

maintenait trop d'incertitude et risquait de dissoudre les spécialités dans un modèle générique inadapté. La DGOS alertait également sur ce flou juridique et organisationnel.

La commission insista sur la nécessité de préserver l'identité des spécialités et de prévoir une mise en œuvre progressive, tenant compte de la maturité de chaque spécialité. Les rapporteurs espèrent une collaboration avec le Gouvernement pour aboutir à une rédaction équilibrée en séance publique.

Acte IV : Le gouvernement entre en scène

En réaction, une réunion fut convoquée dès le lendemain par la conseillère du ministre. Le 30 avril, lors d'une visioconférence entre le cabinet ministériel, la DGOS et les CNP des spécialités infirmières, le ministère confirma le dépôt imminent d'un amendement gouvernemental.

Cet amendement visait à reconnaître l'exercice en pratique avancée des infirmiers anesthésistes diplômés d'État, des infirmiers de bloc opératoire diplômés d'État et des infirmières puéricultrices, tout en omettant la mention du niveau Master dans la loi, puisque celui-ci n'est pas spécifié pour les infir-

miers en pratique avancée (IPA). L'intégration serait définie par arrêté, les modalités d'exercice précisées par décret en Conseil d'État. Cette approche modulée permettait un déploiement différencié, adapté à la réalité de chaque spécialité.

Malgré certaines inquiétudes exprimées par les puéricultrices, qui voyaient l'inscription du niveau master dans la loi comme un levier pour imposer leur réingénierie, la rédaction reçut un accueil favorable au Sénat. Le 2 mai, l'amendement fut déposé. Les organisations IADE maintinrent leur ligne de conduite : rester discrètes et laisser le jeu politique suivre

son cours. Certains infirmiers en pratique avancée saisissaient pourtant l'occasion pour attiser les tensions, amplifiant et dramatisant les conséquences d'une reconnaissance des IADE en pratique avancée, dans le but de distiller l'inquiétude chez les médecins et de torpiller l'amendement gouvernemental.

Une vigilance de chaque instant

Le 5 mai, le Sénat prit part au débat en séance publique.

Les représentants des médecins anesthésistes dégainèrent deux communiqués très ambigus. La pression atteignait alors son paroxysme. Et pourtant, ce jour-là, le Sénat adopta l'amendement. Un amendement historique, porté par le ministre Yannick Neuder, ouvrant enfin la voie à la reconnaissance des infirmiers anesthésistes dans le cadre de la pratique avancée.

Le SNIA salua le courage du ministre ainsi que le soutien transpartisan du Sénat. Mais il restait en alerte : le texte devait encore franchir l'étape décisive de la commission mixte paritaire.

Dans un communiqué, la SFAR se déclara satisfaite. Elle reconnaissait désormais que les IADE pouvaient bénéficier d'un cadre statutaire spécifique, intégré à la pratique avancée.

Le rapport de force s'inversait. Lentement. Mais sûrement.

Chapitre 7 : L'épreuve de vérité : la commission mixte paritaire

Le 3 juin 2025 à 17h45, la commission mixte paritaire se réunissait. L'ambiance était tendue, les téléphones chauffaient. En quelques heures, un accord fut trouvé. L'article 2 était validé tel quel.

La reconnaissance des IADE en pratique avancée n'était pas encore acquise, mais un cap venait d'être franchi. Derrière les mots pesés des rapports et les formules prudentes des amendements, se dessinait une nouvelle ère pour les spécialités infirmières.

Rien n'était joué, mais tout devenait possible.

Quant aux IPA, leur syndicat professionnel persistait à défendre un modèle unique, fondé sur une formation expédivitive et hétérogène. L'Union Nationale des Infirmiers en Pratique Avancée (UNIPA) tranchait dans un communiqué : la pratique avancée, c'était eux, point final. Les autres spécialités ? Qu'elles restent dans l'ombre. Les IADE, sans doute trop compétents, trop professionnels, trop... différents, n'entraient pas dans le moule. Quant à l'ouverture d'esprit, elle ne semblait toujours pas figurer au programme de la formation IPA.

En reproduisant à l'égard des autres le mépris de caste qu'ils dénonçaient chez les médecins, ils révélaient un inquiétant manque de sang-froid et d'élévation.

Il fallait désormais attendre l'annonce officielle de la commission mixte paritaire, dont la date se faisait attendre. Le SNIA relançait alors un lobbying de proximité, intensifiant les contacts avec les parlementaires influents : mails ciblés, courriers argumentés, échanges téléphoniques... chaque levier comptait.

Le 5 juin, le texte était enfin publié sur les sites du Parlement. Pour la première fois, les IADE sont reconnus dans la loi comme pouvant exercer en pratique avancée. Une avancée historique.

Épilogue : l'après-loi, un nouveau champ de bataille

Cette avancée législative marque une étape cruciale, mais elle ne représente qu'un premier pas. Il est désormais impératif que le ministre acte officiellement l'intégration des IADE dans l'arrêté recensant les spécialités infirmières de pratiques avancées. Un décret en Conseil d'État devra ensuite

préciser les modalités et les évolutions à venir, lesquelles seront coconstruites lors de travaux institutionnels. L'objectif sera d'élaborer un cadre d'exercice spécifique et ambitieux renforçant l'autonomie réelle pour les IADE, rompant ainsi avec le modèle standardisé des IPA.



Le SNIA demeure pleinement mobilisé, car dans l'ombre, les résistances perdurent. Tandis que certaines organisations IPA s'attachent à défendre leur modèle unique, d'autres professions tentent de freiner le processus afin de préserver leurs intérêts. Pourtant, un élément décisif change la donne : le levier de la légitimation est désormais inscrit dans la loi. Il constitue un point d'ancrage solide, impossible à remettre en question.

Christophe PAYSANT
Président du SNIA

Adoption de l'amendement Neuder : Une avancée historique pour la reconnaissance des IADE

Le 05 mai 2025, le Sénat a adopté l'amendement déposé par le ministre Yannick Neuder, reconnaissant enfin la profession d'infirmier-anesthésiste dans le cadre de l'exercice en pratique avancée.

Soutenu par quatre autres amendements, cet amendement gouvernemental témoigne d'une volonté transpartisane claire du Sénat de réparer un oubli législatif majeur, qui perdure depuis de nombreuses années.

Ce vote marque une étape politique décisive pour les IADE, les IBODE et les IPDE.

Il consacre une dynamique patiemment construite, portée de longue date par les professionnels eux-mêmes et soutenue par la commission des affaires sociales, dans un esprit de fidélité aux compétences exercées sur le terrain.

Communiqué du SNIA du 06 mai 2025



Adoption de l'amendement Neuder : Une avancée historique pour la reconnaissance des IADE

Ce lundi 5 mai 2025, le Sénat a adopté l'amendement gouvernemental déposé par M. Yannick Neuder, ministre délégué chargé de la Santé, ouvrant la reconnaissance de l'exercice en pratique avancée pour les infirmiers de spécialité, et notamment pour les infirmier.e.s-anesthésistes (IADE).

Ce vote unanime, soutenu par plusieurs amendements convergents, marque une étape politique majeure et vient répondre à une revendication portée de longue date par le SNIA : reconnaître le haut niveau de compétences des IADE, forgé par deux années de formation spécialisée, dans un cadre juridique adapté à la réalité de leur exercice avancé.

Le SNIA salue l'engagement décisif du ministre Yannick Neuder et de ses équipes, qui ont su entendre les arguments de la profession et défendre avec constance un amendement attendu depuis de nombreuses années. Nous saluons son écoute, sa disponibilité, et le courage politique dont il a fait preuve pour réparer une injustice historique.

... / ...

Cette avancée s'inscrit dans une dynamique portée par les professionnels eux-mêmes, consolidée par les travaux des rapports IGAS, et soutenue avec clarté par la commission des affaires sociales du Sénat. Elle consacre le principe selon lequel la pratique avancée ne peut se réduire au seul modèle des infirmiers en pratique avancée (IPA), au risque d'effacer la richesse des spécialités infirmières existantes.

Le SNIA tient également à souligner que cette victoire est le fruit d'un combat collectif, construit patiemment autour d'un travail technique rigoureux, de rencontres politiques, et d'un positionnement syndical clair. La stratégie consistant à fédérer les revendications des trois spécialités infirmières (IADE, IBODE, IPDE) a permis d'obtenir un consensus large et d'éviter une mise en concurrence préjudiciable entre professionnels.

Ce vote ne clôt pas le chantier : il en dessine les contours. Le SNIA sera pleinement mobilisé dans les mois à venir pour que les modalités de mise en œuvre (formation, exercice, reconnaissance, équité) soient discutées de manière transparente, dans le respect des spécificités de la profession d'IADE.

Cette victoire est celle de l'engagement, de la cohérence et de la persévérance. Elle démontre que la fidélité au terrain, la solidité des arguments techniques et la probité syndicale sont les meilleures réponses aux jeux d'influence et aux stratégies de brouillage.

Le SNIA reste résolument fidèle à sa mission : défendre, sans détours, la place et la reconnaissance des IADE dans le système de santé.

Nous resterons pleinement mobilisés à chaque étape du parcours législatif final de ce texte, et au-delà, afin d'obtenir dans les meilleurs délais l'inscription explicite des infirmier.e.s anesthésistes dans l'arrêté ministériel définissant les spécialités reconnues en pratique avancée.

Le conseil syndical du SNIA
Paris le 06 mai 2025

Acter l'existant, travailler le futur !



Le Syndicat National des Infirmier(e)s-Anesthésistes se félicite de l'issue favorable des travaux de la Commission Mixte Paritaire, qui a confirmé le maintien de la rédaction de l'article 2 telle qu'adoptée par le Sénat.

Cette rédaction, respectueuse des expertises et des réalités du terrain, acte une reconnaissance longtemps attendue par les infirmiers anesthésistes et ouvre un cadre structurant pour la pratique avancée des spécialités infirmières.

Nous adressons nos sincères remerciements à tous ceux qui ont contribué à cette avancée décisive. En premier lieu, au ministre Yannick Neuder, dont l'engagement a permis un dialogue constructif entre le ministère et le Conseil National Professionnel des Infirmiers-Anesthésistes (CNPIA), menant à cette avancée législative. Nous saluons également le soutien indéfectible des sénateurs et des députés qui ont porté avec détermination la reconnaissance des infirmier(e)s-anesthésistes.

Enfin, nous exprimons notre gratitude envers nos partenaires professionnels, les responsables institutionnels et ordinaires ainsi que l'ensemble des IADE. Leur persévérance et leur mobilisation constante ont été les moteurs essentiels de cette avancée.

Cette victoire parlementaire marque une étape cruciale, mais l'enjeu désormais est sa mise en œuvre concrète :

- À court terme, dès la promulgation de la loi, nous appelons le ministre de la Santé à officialiser la reconnaissance des infirmier(e)s-anesthésistes en les inscrivant dans l'arrêté définissant les formes de pratique avancée reconnues. Une étape essentielle pour consacrer une pratique autonome éprouvée, garante de la qualité et de la sécurité des soins.
- À plus long terme, une concertation multipartite doit s'ouvrir rapidement afin de définir un cadre réglementaire équilibré. Celui-ci devra permettre le développement de nouvelles formes d'exercice adaptées aux besoins des patients et aux évolutions du système de santé.

Le SNIA demeure pleinement engagé dans sa mission : défendre, reconnaître et faire évoluer la place des IADE au sein du système de santé, avec rigueur et indépendance.

Nous resterons mobilisés à chaque étape de ce chantier réglementaire, avec la même exigence et la même détermination, afin que cette reconnaissance soit concrète, équitable et porteuse d'avenir pour la profession et les patients.

Le conseil syndical du SNIA
Paris le 05 juin 2025

Pratique avancée et reconnaissance des IADE : ce que change (et ne change pas) la loi de 2025

La récente révision de l'article L. 4301-1 du Code de la santé publique, votée en 2025, constitue une avancée majeure pour les infirmiers spécialisés, en particulier les infirmiers anesthésistes diplômés d'État. Pour la première fois, le législateur reconnaît que ces professionnels, forts d'une formation exigeante, d'un haut niveau de technicité et d'un rôle clinique central, exercent déjà, de fait, dans un champ de la pratique avancée.

Une conception française jusqu'ici en décalage

À l'échelle internationale, le terme infirmier en pratique avancée (IPA) renvoie à un mode d'exercice élargi, reposant sur une autonomie renforcée et pouvant recouvrir plusieurs spécialités infirmières, dont les infirmiers anesthésistes, reconnus comme praticiens avancés par le Conseil international des infirmières.

En France, cependant, le statut d'IPA a été introduit en 2016 comme une profession à part entière, avec une formation universitaire dédiée, plusieurs mentions (pathologies chroniques, oncologie, psychiatrie, etc.) et un exercice strictement encadré. Cette approche baroque excluait de facto les IADE, pourtant déjà engagés dans une pratique clinique avancée, notamment en anesthésie, en soins critiques, en urgence ou en contexte préhospitalier (SMUR).

Ce que change la loi : une valence spécifique de pratique avancée

La loi de 2025 corrige en partie cette incohérence. Elle introduit une nouvelle forme de pratique avancée, distincte du cadre initial des IPA, spécifiquement conçue pour les infirmiers spécialisés comme les IADE. En leur permettant, à titre dérogatoire, d'exercer des compétences relevant de la pratique avancée dans leur champ de spécialité, elle :

- Reconnaît leur niveau de responsabilité et d'autonomie clinique ;
- Sécurise juridiquement des actes déjà courants dans leur pratique (consultations préanesthésiques, soins périopératoires, urgences extrahospitalières, etc.) ;
- Ouvre la voie à un élargissement progressif de leurs compétences, particulièrement en matière de prescription ou de coordination de parcours.

Ce que la loi ne fait pas

Il est essentiel de comprendre que cette réforme n'intègre pas les IADE au statut d'IPA tel qu'il existe aujourd'hui. La reconnaissance de leur pratique avancée n'est pas automatique et repose sur une liste de spécialités concernées qui sera fixée ultérieurement par arrêté ministériel.

Autrement dit :

- Les IADE ne deviennent pas IPA au sens réglementaire actuel.
- Ils n'ont pas à suivre la formation IPA en master, inadaptée à leur spécialisation.
- Leur accès à la pratique avancée est spécifique, lié à leur diplôme d'État de spécialité (niveau 7) et au cadre d'exercice clinique avancé dans lequel ils évoluent.



La reconnaissance formelle des compétences avancées des IADE dépendra donc de futurs textes d'application (décrets, arrêtés), qui devront préciser leur périmètre d'intervention, les modalités d'évaluation, et les droits associés (prescription, consultations, coordination, etc.).

Une étape majeure... mais pas un aboutissement

Cette réforme représente une étape structurante dans l'évolution du statut professionnel des IADE. Elle ouvre une nouvelle voie de reconnaissance, fondée non plus sur une approche transversale (comme celle des IPA), mais sur une logique de spécialisation clinique.

Ce nouveau modèle, en valorisant l'expertise propre des IADE sans les contraindre à un cadre inadapté, contribue à renforcer l'attractivité du métier, améliorer la lisibilité de leur rôle dans les équipes pluridisciplinaires, et optimiser l'organisation des soins dans un contexte de désintéressement médical.

Cette avancée législative constitue une reconnaissance bienvenue, mais nécessite une vigilance collective : pour que cette nouvelle forme de pratique avancée ne reste pas un cadre théorique, il faudra que les organisations représentatives IADE soient pleinement associées à la définition réglementaire des actes, des compétences et des garanties statutaires.

L'enjeu est clair : faire que la reconnaissance soit concrète, visible, et au service de l'efficacité du système de soins.

Le Conseil du SNIA
Le 23 juin 2025

SNIA & CNPIA – CONTRIBUTION ET EXPERTISE

Projet de loi sur le métier infirmier Contribution et expertise du CNPIA et du SNIA

Dans le cadre de l'avancement du projet de Loi sur le métier infirmier, le CNPIA et le SNIA ont été invités à apporter leur expertise à la réflexion des rapporteurs de la Loi au Sénat.

À cette fin, deux documents ont été élaborés : le premier en réponse à un questionnaire transmis par les rapporteurs, et le second, plus détaillé et argumenté, portant spécifiquement sur la pratique avancée des infirmiers anesthésistes diplômés d'État (IADE).



**Conseil National Professionnel
des Infirmier(e)s-Anesthésistes**

Réponses argumentées au Questionnaire de M. Jean Sol et Mme Anne-Sophie Romagny, rapporteurs Dans le cadre de la Table-ronde des infirmiers spécialisés



Article 1^{er}

1. La refonte proposée du cadre législatif applicable à la profession d'infirmier vous semble-t-elle pertinente ? Quels sont les principaux bénéfices attendus pour la profession ?

Réponse CNPIA : La refonte du cadre législatif applicable à la profession d'infirmier est absolument nécessaire car elle vise à répondre à plusieurs défis actuels, notamment face à la pénurie de professionnels médicaux, aux difficultés d'accès aux soins sur le territoire, à l'augmentation des demandes en soins liées au vieillissement de la population et à la multiplication des maladies chroniques. En renforçant l'autonomie des infirmiers, cette refonte permet d'améliorer la qualité des soins, de réduire la charge de travail des médecins, et de mieux structurer le rôle des infirmiers dans le système de soins, particulièrement dans les zones de désertification médicale.

De plus, cette refonte permet une meilleure réponse aux besoins et attentes de la population, en assurant une fluidité des parcours de soins. Elle prend en compte l'existant, qui impose de nombreux glissements de tâches, et répond aux aspirations de la profession infirmière.

2. Dans quelle mesure une consécration législative des notions de consultation infirmière et de diagnostic infirmier vous semble-t-elle souhaitable ? Pourriez-vous préciser le contenu et l'objet des consultations et diagnostics envisagés, en particulier pour votre spécialité ?

Réponse CNPIA : La consultation infirmière est déjà effective de fait dans un nombre important de secteurs d'activités (Dispositif d'annonce, Plaies et cicatrisation, Cmp, Entero Stomathérapie, Douleur, Soins palliatifs, Addictologie, ETP, gérontologie...).

Il est donc essentiel que les infirmières soient enfin officiellement autorisées à utiliser ces termes pour qualifier ce qu'elles pratiquent déjà depuis de nombreuses années. La consécration législative des notions de consultation infirmière et de diagnostic infirmier constitue une avancée souhaitable pour renforcer l'autonomie et la reconnaissance des compétences des infirmiers, tout en améliorant l'accès aux soins.

La consultation infirmière permet une prise en charge globale des patients, incluant des soins curatifs, palliatifs, relationnels, ainsi qu'un suivi personnalisé et une éducation thérapeutique. Le diagnostic infirmier, basé sur un raisonnement clinique spécifique, permet d'identifier les besoins des patients et de déterminer les interventions nécessaires, sans empiéter sur le diagnostic médical. Ce diagnostic est déjà présent dans le code de santé publique.

Les diagnostics infirmiers s'appuient sur une taxonomie internationale validée et utilisée, permettant l'expression des jugements cliniques infirmiers au terme de la mise en œuvre du raisonnement clinique. Le diagnostic infirmier anesthésiste figure également dans les textes et traduit l'autonomie clinique des IADE.

Pour les infirmiers anesthésistes (IADE), la reconnaissance de la consultation et du diagnostic infirmier pourrait inclure :

- Évaluation Pré-anesthésique : Réaliser des consultations pour évaluer l'état de santé des patients avant une intervention chirurgicale, identifier les risques anesthésiques, et préparer le plan de soins anesthésiques.
- Suivi Post-opératoire : Assurer le suivi des patients après l'anesthésie, gérer la douleur post-opératoire, et surveiller les complications potentielles.
- Éducation thérapeutique : Informer et éduquer les patients sur les procédures anesthésiques, les risques, et les soins post-opératoires. optimiser l'état de santé des patients pour une meilleure compréhension des consignes pré-opératoire (arrêt des anticoagulants, gestion des antalgiques, compréhension du jeûne...).
- Inclure les IADE dans le parcours des patients douloureux chroniques et dans le cadre de la préparation à la naissance pour la gestion de la douleur pendant le travail des parturientes.
- Possibilité de poser des diagnostics en pré-hospitalier via des UMH.

3. Vous semble-t-il nécessaire de faire, comme dans le texte transmis, de la consultation infirmière une exception à l'exercice illégal de la médecine ?

Réponse CNPIA : Considérant que :

- Les soins infirmiers dans leur globalité renvoient à une profession dotée d'un champ autonome ;
- Que les soins infirmiers constituent désormais une discipline reconnue par le CNU ;
- Que l'interdisciplinarité se définit comme le croisement de perspectives spécifiques et complémentaires ;

Alors, les soins infirmiers ne constituent pas un sous-ensemble de la médecine.

4. Le texte transmis vise également à permettre aux infirmiers de prescrire les produits de santé et examens complémentaires nécessaires à l'exercice de leur profession, listés par arrêté.

- a. Quels sont, selon vous, les produits de santé dont la prescription par les infirmiers pourrait être envisagée, en particulier dans votre spécialité ?

Réponse CNPIA : Il est impératif que ces évolutions, ayant démontré leurs bénéfices dans de nombreux pays grâce aux données probantes disponibles, permettent d'obtenir des résultats similaires en France, tant pour les patients que pour le système de santé et la profession infirmière.

Les infirmiers anesthésistes possèdent quatre champs de compétences : l'anesthésie et la médecine périopératoire, la médecine préhospitalière, la réanimation, ainsi que la lutte contre la douleur. Ils pourraient donc être amenés à prescrire des produits de santé dans ces quatre domaines d'exercice auxquels nous pouvons ajouter l'exercice autonome dans les unités d'accès vasculaires (Midline, Picclines, voies veineuses centrales, chambres implantables, etc.).

- L'Anesthésie et la médecine péri-opératoire : les antalgiques de tous paliers (ce qui se fait déjà en per-opératoire), les anti-inflammatoires, les anti-émétiques, les substituts nicotiques, certains anti-hypertenseurs. Produits de perfusions, de produits de nutrition. examens complémentaires
- La médecine pré-hospitalière : Tous les produits listés pour les IPA en médecine d'urgence
- En réanimations : Antalgiques, adaptation des hypnotiques, morphiniques, curares et des amines vasopressives
- Lutte contre la douleur : Antalgiques de plusieurs paliers, orientation vers des examens complémentaires (interventionnels ou non), modulation de la gestion des PCA Morphine.
- Unités d'accès vasculaires : définir l'indication et réaliser la pose des abords vasculaires nécessaires aux besoins thérapeutiques des patients.

- b. Pourriez-vous décrire les principaux bénéfices attendus de cette mesure, en matière d'amélioration du parcours de soins et de la prise en charge des patients ?

Réponse CNPIA : Les avantages pour les infirmiers anesthésistes (IADE) de pouvoir prescrire des produits de santé et des examens complémentaires incluent une amélioration de la continuité des soins, une réactivité accrue en situation d'urgence, une réduction de la charge de travail des médecins, une optimisation des ressources, un renforcement de l'autonomie professionnelle, et une adaptation rapide des traitements. Ces capacités permettent une prise en charge plus fluide et efficace des patients, tout en valorisant le rôle des IADE au sein de l'équipe soignante.

5. **Les missions confiées par la proposition de loi à la profession infirmière vous semblent-elles toutes pertinentes ? D'autres missions des infirmiers devraient-elles, selon vous, figurer dans la loi ?**

Réponse CNPIA : La valorisation du rôle propre, ainsi que la dérogation à l'exercice médical sont extrêmement pertinentes pour reconnaître et valoriser les infirmières, tout en renforçant la fidélisation. Les autres missions qui pourraient figurer pourraient être l'accès direct et la primo prescription.

6. **Dans quelle mesure les évolutions envisagées pour la profession vous semblent-elles nécessiter une mise à jour des modalités de rémunération des infirmiers ? Est-il utile, selon vous, que la loi prévoit le lancement de négociations en ce sens à chaque actualisation de l'arrêté fixant les actes réalisés ?**

Réponse CNPIA : La France se distingue malheureusement par sa mauvaise position dans les études internationales relatives à la rémunération des professionnels infirmiers, indépendamment du métier exercé. Cette situation constitue un frein majeur à l'attractivité et à la fidélisation des talents dans le secteur infirmier. En effet, une rémunération adéquate est un facteur clé pour attirer de nouveaux professionnels et retenir ceux déjà en poste. La reconnaissance sociale, qui passe également par une juste rémunération, est essentielle pour valoriser le rôle crucial des infirmiers dans le système de santé. Il est donc impératif de reconsidérer les conditions salariales pour mieux répondre aux attentes des professionnels et garantir un service de soins de qualité.

Les évolutions de la profession infirmière, avec l'extension des compétences et des responsabilités, nécessitent une mise à jour des modalités de rémunération pour refléter ces nouvelles exigences. Une réévaluation salariale permettrait de reconnaître la valeur ajoutée du travail infirmier, d'attirer de nouveaux talents, et de motiver les professionnels en place, tout en répondant aux défis actuels du système de santé. Il est donc pertinent que la loi prévoit des négociations salariales régulières pour garantir une rémunération équitable et adaptée aux évolutions du métier.

7. **Dans quelle mesure les évolutions envisagées pour la profession nécessitent-elles également, selon vous, une mise à jour des référentiels de formation ? Seriez-vous favorable à ce que le principe de cette mise à jour soit prévu par la loi ?**

Réponse CNPIA : Les évolutions de la profession infirmière, telles que l'élargissement des compétences et l'augmentation des responsabilités, rendent nécessaire une mise à jour des référentiels de formation. Cette mise à jour doit intégrer les nouvelles compétences requises, renforcer la professionnalisation, refléter les modifications législatives, et valoriser les parcours professionnels. Il va de soi qu'une évolution du référentiel de compétences doit s'accompagner d'une mise à jour des référentiels de formation et de certification périodique. Cependant, la question se pose : cette évolution relève-t-elle réellement du domaine législatif ? Nous n'avons pas d'opinion arrêtée sur ce point.

8. **Tout autre élément que vous souhaiteriez porter à la connaissance des rapporteurs sur la refonte du cadre législatif portée par l'article 1^{er}.**

Réponse CNPIA : Non

Article 1^{er} ter

9. **Les reprises d'activité après une interruption de carrière longue peuvent-elles selon vous poser un problème pour la sécurité et la qualité des soins prodigués ? Comment la reprise d'activité est-elle gérée aujourd'hui ?**

Réponse CNPIA : La reprise d'activité après une longue interruption de carrière peut poser des défis en termes de sécurité et de qualité des soins, en raison de l'évolution rapide des pratiques, des connaissances, des technologies et des organisations. Pour y remédier, des formations de remise à niveau, un accompagnement par des mentors, des évaluations des compétences, une mise à jour des connaissances théoriques, et une période de supervision sont généralement mises en place. Ces mesures visent à garantir que les infirmiers reprennent leur activité dans des conditions optimales, assurant ainsi la sécurité et la qualité des soins prodigués aux patients. Ces questions sont en lien étroit avec l'obligation de certification périodique et la logique de ce dispositif qui est en cours d'élaboration par les CNP et la DGOS).

10. **Quel regard portez-vous sur l'article 1^{er} ter, qui prévoit une évaluation des compétences des infirmiers et IPA ayant interrompu leur activité au-delà d'une certaine période afin de déterminer leur aptitude à reprendre leur exercice ?**

Réponse CNPIA : L'évaluation des compétences des infirmiers anesthésistes et des IPA ayant interrompu leur activité au-delà d'une certaine période est cruciale pour garantir la sécurité et la qualité des soins. Cette démarche permet de vérifier que ces professionnels sont à jour avec les pratiques actuelles et les évolutions réglementaires, réduisant ainsi les risques d'erreurs médicales et assurant une prise en charge optimale des patients. En outre, elle renforce la confiance des patients et des équipes soignantes, contribuant à un environnement de travail plus serein et collaboratif. Pour les IPA, dont les responsabilités sont élargies, cette évaluation est particulièrement importante pour s'assurer qu'ils peuvent gérer leurs nouvelles tâches de manière autonome et efficace. En somme, l'évaluation des compétences après une interruption de carrière est essentielle pour maintenir des standards élevés de soins et pour intégrer les professionnels dans un contexte médical en constante évolution.

11. **Les modalités retenues par l'article 1^{er} ter (évaluation des compétences et, le cas échéant, formation théorique, stage de remise à niveau ou épreuve d'aptitude validante) vous semblent-elles bien calibrées ?**

Réponse CNPIA : Oui, néanmoins réaliser une concertation avec les structures concernées à savoir les Ordres et conseils nationaux professionnels.

Article 1^{er} quater

12. **L'article 1^{er} quater prévoit l'expérimentation d'un accès direct aux infirmiers pour des actes ne relevant pas de leur rôle propre. Une telle expérimentation vous semble-t-elle pertinente ? Quels actes pourraient-ils être concernés ?**

Réponse CNPIA : L'accès direct aux infirmiers pour des actes relevant de leur rôle propre est totalement pertinent. Les actes concernés pourraient inclure, entre autres, la gestion des plaies, l'éducation thérapeutique, ainsi que les soins à la toilette et à la mobilisation. Les infirmiers pourraient ainsi assurer le suivi des maladies chroniques, administrer des vaccins, prodiguer des soins de première intention pour des affections mineures, et jouer un rôle clé dans l'éducation thérapeutique des patients. Cette démarche pourrait décharger les médecins des tâches moins complexes, leur permettant de se concentrer sur des cas plus critiques, et renforcer la collaboration au sein des équipes de soins. Cependant, cette notion d'expérimentation est une pure perte de temps. Les données probantes montrent que cela génère des bénéfices. La question est donc : pourquoi perdre encore plus de temps alors que les besoins sont là et ne sont pas satisfaits ?

13. **Le périmètre (cinq départements) et la durée (trois ans) de l'expérimentation envisagée vous semblent-ils pertinents ?**

Réponse CNPIA : L'expérimentation est une perte de temps.

14. **L'expérimentation pourrait s'appliquer aux infirmiers exerçant en établissement de santé, dans les établissements et services médico-sociaux et, en ville, au sein d'équipes de soins primaires ou spécialisés, de maisons de santé, de centres de santé et de communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS).**

a. **Toutes ces structures vous semblent-elles offrir les garanties nécessaires, en matière de coordination entre professionnels, à la conduite de cette expérimentation ?**

Réponse CNPIA : Oui.

b. **Vous semble-t-il pertinent d'y inclure les CPTS, qui ne constituent pas des structures effectrices de soins ?**

Réponse CNPIA : Oui.

15. **Comment cette expérimentation doit-elle, selon vous, s'articuler avec l'accès direct aux infirmiers dans le cadre des soins de premier recours consacré à l'article 1^{er} de la proposition de loi transmise ?**

Réponse CNPIA : L'expérimentation d'un accès direct aux infirmiers pour des actes ne relevant pas de leur rôle propre doit s'articuler harmonieusement avec l'accès direct déjà établi pour les soins de premier recours. Il est crucial de clarifier les responsabilités et d'établir des protocoles de collaboration entre infirmiers et médecins pour garantir une prise en charge coordonnée et sécurisée des patients. La formation continue des infirmiers et

l'intégration fluide de ce dispositif dans le parcours de soins sont essentielles pour améliorer l'efficacité du système de santé.

Pour assurer le succès de cette expérimentation, il est également important de mettre en place des mécanismes de suivi et d'évaluation, ainsi que de sensibiliser les patients et les professionnels de santé à ses avantages. Une communication claire et une sensibilisation accrue permettront de renforcer la confiance dans ce nouveau dispositif, contribuant ainsi à une meilleure accessibilité et qualité des soins.

Article 2 : Point critique pour les IADE

16. **Cet article vous semble-t-il retranscrire fidèlement les conclusions du rapport IGAS n°2022-010R IGÉSR n°2022-107 « Concertation sur la pratique avancée infirmière » ? Si non, quelle(s) modification(s) souhaiteriez-vous y voir apportée(s) ?**

Réponse CNPIA : Des amendements sont nécessaires pour aligner l'article 2 avec les préconisations, notamment pour les infirmiers anesthésistes diplômés d'État (IADE). Dans sa rédaction actuelle, l'article 2 présente de nombreuses lacunes, le rendant inadapté et contre-productif pour les IADE. Il ne garantit ni la sécurité des patients ni la valorisation de la spécialité des IADE, fragilisant ainsi la structuration des diplômés d'infirmiers en pratique avancée.

L'article 2 ignore les compétences spécifiques et les champs d'activité actuels des IADE, créant de la confusion et de l'instabilité. De plus, il ne respecte pas les recommandations du rapport IGAS, qui préconisait une reconnaissance en deux étapes de la pratique avancée des IADE : d'abord en validant l'exercice actuel, puis en élargissant ce champ, notamment autour de la médecine périopératoire.

En ne tenant pas compte de la réalité professionnelle des IADE, qui revendiquent une reconnaissance distincte du métier d'infirmier de pratique avancée (IPA), l'article 2 compromet la clarté des rôles et des responsabilités au sein des équipes de soins. Il engendre une tension entre les infirmiers anesthésistes et les médecins anesthésistes, déstabilisant les conditions de collaboration entre les deux professions.

Il est donc crucial de réviser cet article pour garantir la sécurité des patients, valoriser la profession des IADE, et structurer de manière cohérente les diplômes et compétences spécifiques de la pratique avancée des infirmiers anesthésistes.

17. **Quels seraient les effets concrets de l'article 2 sur votre profession, en matière de rémunération, de valorisation et d'évolutions professionnelles ?**

Réponse CNPIA : L'article 2, dans sa rédaction actuelle, reste totalement inadapté et contre-productif. Il ne garantit pas explicitement l'intégration des infirmiers anesthésistes diplômés d'État (IADE) en tant que profession de pratique avancée. Pire encore, il introduit un risque de clivage entre les infirmières anesthésistes, entraînant des distorsions dans la rémunération et la représentativité. De plus, il conduira rapidement à la disparition du titre professionnel et à une insuffisance de développement des compétences des IADE.

18. Quelles sont les aspirations de la spécialité que vous représentez en matière de pratique avancée ? Souhaiteriez-vous un accès facilité à l'exercice en tant qu'infirmier en pratique avancée ? Souhaitez-vous que soit consacré un exercice en pratique avancée spécifique, propre à votre spécialité ?

Réponse CNPIA : Les infirmiers anesthésistes diplômés d'État (IADE) revendiquent depuis de nombreuses années la reconnaissance de leur pratique avancée, spécifique à leur spécialité. Cette reconnaissance ne relève pas seulement d'aspirations professionnelles, mais de la réalité de leur exercice actuel et de l'autonomie clinique qu'ils démontrent déjà quotidiennement.

En France, environ 13 millions d'anesthésies sont réalisées chaque année, mettant en lumière l'importance et la fréquence de ces interventions dans le système de santé. En 2022, le pays comptait environ 11 877 médecins anesthésistes-réanimateurs en exercice. Cependant, il est crucial de noter que près de 25 % de ces professionnels exercent exclusivement en réanimation, sans réaliser d'actes d'anesthésie.

Face à cette population médicale réduite et à une augmentation constante des besoins, les IADE jouent un rôle essentiel en assurant une grande partie des 13 millions d'anesthésies annuelles. Leur implication est indispensable pour répondre à la demande croissante de soins anesthésiques, tout en maintenant un haut niveau de qualité et de sécurité. Grâce à leur formation spécialisée, les IADE sont capables de réaliser des anesthésies sous la supervision des médecins anesthésistes, permettant ainsi une meilleure répartition de la charge de travail et une optimisation des ressources disponibles.

Cette collaboration entre médecins anesthésistes et IADE est non seulement bénéfique pour les patients, en garantissant une prise en charge sécurisée et efficace, mais elle contribue également à la pérennité du système de santé en France.

La reconnaissance officielle de la pratique avancée des IADE est cruciale pour valoriser leurs compétences uniques et garantir la qualité des soins qu'ils dispensent. Elle permettrait de clarifier les responsabilités au sein des équipes de soins et de renforcer la confiance des patients dans les soins anesthésiques. De plus, cette démarche ouvrirait la voie à un élargissement de leur champ d'exercice, notamment dans la médecine périopératoire, la gestion de la douleur, et la médecine préhospitalière, contribuant ainsi à une prise en charge plus complète et intégrée des patients.

19. (Pour le CNPIA) Certains infirmiers-anesthésistes estiment que la rédaction actuelle de l'article 2 ne répond pas à la revendication d'obtenir « une reconnaissance en tant que profession de pratique avancée spécifique, distincte du métier d'IPA ». Estimez-vous que le texte doit être clarifié sur ce point ?

Réponse CNPIA : Ce ne sont pas certains infirmiers-anesthésistes mais bien l'ensemble de la profession des infirmiers anesthésistes (IADE) qui est en faveur d'une modification profonde de l'article 2 de la proposition de loi infirmière.

Les IADE estiment que la rédaction actuelle ne répond pas à leur revendication d'obtenir une reconnaissance en tant que profession de pratique avancée spécifique, distincte du métier d'infirmier de pratique avancée (IPA). Les services de l'État et le ministre de la Santé font d'ailleurs la même analyse. Cette clarification est essentielle pour valoriser leurs compétences uniques et garantir la qualité des soins qu'ils dispensent. En reconnaissant explicitement les infirmiers anesthésistes (IADE) comme une profession distincte de pratique avancée, il serait possible de structurer plus efficacement les l'exercice actuel et futur en alignant ce dernier avec les besoins populationnels. Cette reconnaissance renforcerait la confiance des patients en clarifiant les rôles et responsabilités au sein des équipes de soins, assurant ainsi une meilleure coordination et une prise en charge optimale. De plus, la France se conformera aux recommandations internationales et européennes, qui encouragent la distinction et la valorisation des infirmiers anesthésistes en pratique avancée. Cette démarche faciliterait également l'élargissement des compétences des IADE dans des domaines connexes tels que la médecine périopératoire, la gestion de la douleur, et la médecine préhospitalière, contribuant à une prise en charge plus complète et intégrée des patients.

20. Quel regard portez-vous sur l'élargissement de la pratique avancée à des infirmiers justifiant de certains diplômes différents du diplôme d'IPA, définis par voie réglementaire ?

Réponse CNPIA : L'élargissement de la pratique avancée à des infirmiers titulaires de diplômes autres que celui d'Infirmier en Pratique Avancée (IPA) n'est pas seulement souhaitable, il est devenu absolument indispensable dans un contexte de profonde transformation du système de santé. Limiter la pratique avancée au seul modèle IPA revient à méconnaître la diversité et la richesse des expertises infirmières qui existent d'ores et déjà sur le terrain. Ces compétences sont le fruit de formations spécialisées, d'expériences cliniques poussées, et de responsabilités élargies assumées par des professionnels depuis parfois plusieurs décennies.

La pratique avancée ne peut ni ne doit être enfermée dans un cadre unique et rigide. Elle doit s'exprimer à travers plusieurs modèles professionnels, chacun répondant à des besoins spécifiques du système de santé. Le modèle IPA tel qu'il est défini aujourd'hui en France constitue une avancée, mais il ne répond que partiellement aux réalités cliniques et organisationnelles. Conçu selon une logique médico-académique, il se révèle pertinent pour cer-

“
Limiter la pratique avancée au seul modèle IPA revient à méconnaître la diversité et la richesse des expertises infirmières qui existent d'ores et déjà sur le terrain.
”

taines missions, notamment en médecine de ville ou dans le suivi de pathologies chroniques, mais ne couvre ni l'ensemble des spécialités infirmières, ni la complexité des soins critiques ou techniques assurés en milieu hospitalier.

Les Infirmiers Anesthésistes Diplômés d'État (IADE) incarnent à eux seuls cette pratique avancée plurielle. Leur formation de haut niveau, leur autonomie clinique, leurs responsabilités techniques et décisionnelles en anesthésie, en réanimation ou en situation d'urgence, s'inscrivent pleinement dans la définition de la pratique avancée telle que reconnue par l'OMS, le Conseil international des infirmières (CII) ou encore l'OCDE. Ne pas reconnaître officiellement leur exercice comme relevant de la pratique avancée revient à nier leur rôle essentiel dans la qualité, la continuité et la sécurité des soins.

En outre, promouvoir une pluralité de modèles de pratique avancée permettrait une meilleure adéquation avec les réalités de terrain. Chaque modèle pourrait être pensé en fonction d'un contexte particulier : réanimation, bloc opératoire, soins critiques, urgences, périnatalité, etc. Cette souplesse est cruciale pour faire face à la pression croissante sur le système de santé, marquée par la pénurie médicale, le vieillissement de la population, la complexité croissante des pathologies, et la nécessité de repenser les parcours de soins.

Reconnaître cette diversité de modèles n'est pas une menace pour l'unité de la profession infirmière ; c'est au contraire une façon de valoriser toutes ses dimensions. Il s'agit d'optimiser les compétences disponibles, de structurer les carrières, de renforcer les dynamiques interprofessionnelles, et de proposer aux patients une prise en charge plus efficace, fluide et adaptée.

De nombreux pays, en Europe et au-delà, ont déjà fait ce choix. Ils reconnaissent plusieurs formes de pratique avancée – nurse practitioners, clinical nurse specialists, nurse anesthetists, etc. – toutes intégrées dans un cadre légal clair, garantissant la lisibilité des rôles et la qualité des soins. Il est temps que la France s'aligne sur ces standards internationaux.

Dans cette perspective, élargir la reconnaissance de la pratique avancée à d'autres diplômes que celui d'IPA représente un enjeu stratégique. C'est une condition essentielle pour bâtir un système de santé plus agile, plus inclusif, plus résilient face aux défis d'aujourd'hui et de demain.

Or, le cadre réglementaire actuel, tel que défini par l'article 2, reste largement insuffisant. Il ne sécurise aucune profession de manière satisfaisante et soulève de sérieuses préoccupations : instabilité juridique, flou sur les responsabilités, inadéquation avec les pratiques existantes, et absence de perspectives d'évolution. Ce texte, en l'état, ne répond ni aux besoins du terrain, ni aux exigences de sécurité, ni à l'aspiration légitime des professionnels à une reconnaissance équitable.

Une reconnaissance légale distincte de la pratique avancée des IADE s'impose donc comme une nécessité. Elle permettrait de clarifier et de sécuriser leur périmètre d'exercice, de reconnaître officiellement leurs compétences spécifiques, et de construire des formations adaptées à leurs missions.

Ce cadre légal renforcerait la coopération interprofessionnelle, améliorerait l'organisation des soins et contribuerait à une meilleure attractivité des carrières infirmières spécialisées.

En définitive, la reconnaissance légale de la pratique avancée des IADE ne constitue pas une revendication corporatiste, mais un impératif de santé publique. Elle s'inscrit dans une vision moderne, structurée et efficiente du système de soins. Pour atteindre cet objectif, une refonte en profondeur de l'article 2 est indispensable. Elle devra garantir une reconnaissance claire, stable et ambitieuse de la pluralité des pratiques avancées, au bénéfice des soignants comme des patients.

21. Quel regard portez-vous sur l'ouverture, par la loi, de l'exercice en pratique avancée dans les services départementaux de PMI, dans les établissements scolaires, dans un service départemental de l'aide sociale à l'enfance et dans les établissements d'accueil du jeune enfant ?

Réponse CNPIA : La réponse à cette question doit être mise en lien avec la réponse à la question précédente. Il nous semble évident que l'ouverture de l'exercice en pratique avancée dans les domaines de la Protection Maternelle et Infantile (PMI) et de la petite enfance doit impérativement passer par l'évolution de la spécialité d'infirmière puéricultrice vers la pratique avancée. Cependant, cette garantie n'est absolument pas assurée par la rédaction de l'article 2. Pour que cette transition soit réussie, il est crucial que la pratique avancée des infirmières puéricultrices (IPDE) soit accompagnée d'une réingénierie de leur formation (Master). Cela permettrait de garantir que les compétences acquises répondent aux exigences spécifiques de ces domaines. Une telle approche valoriserait les compétences uniques des infirmières puéricultrices tout en assurant la qualité et la sécurité des soins prodigués aux enfants et à leurs familles.

22. L'ensemble des nouveaux lieux d'exercice des IPA, sauf les établissements scolaires, mentionne la présence d'un médecin. La rédaction du cinquième alinéa de l'article 2, spécifiant qu'un IPA peut exercer « au sein d'une équipe pluriprofessionnelle en établissement scolaire » vous semble-t-elle appropriée ?

Réponse CNPIA : Oui, si cela n'impose pas une présence médicale sur la structure (en exercice coordonnée donc avec un(e) psychologue...).

23. La loi prévoit également l'assouplissement de la condition de durée d'exercice préalable obligatoire pour accéder à la pratique avancée, avec des différenciations selon la mention du diplôme concerné et les modalités d'accès à la formation. Accueillez-vous favorablement cette évolution ?

Réponse CNPIA : Cette question doit relever de chaque modèle d'exercice en pratique avancée infirmière, en fonction de ses spécificités. S'agissant des IADE, le maintien d'un minimum de deux années d'expérience professionnelle avant l'accès à un exercice en pratique avancée est non seulement souhaitable, mais cohérent avec le haut niveau de technicité et de responsabilité exigé dans cette spécialité.

Autres questions

24. La proposition de loi vous semble-t-elle couvrir de façon satisfaisante l'ensemble des domaines sur lesquels une modification du statut des infirmiers spécialisés est souhaitable ? D'autres modifications des règles législatives encadrant la pratique professionnelle des infirmiers spécialisés vous paraîtraient-elles nécessaires ?

Réponse CNPIA : Les spécialités infirmières ne peuvent être considérées comme une entité homogène, car les niveaux de diplômes et les missions qui leur sont attribuées varient considérablement. Parmi ce groupe hétérogène, seule la spécialité des infirmiers anesthésistes répond actuellement aux critères d'une pratique avancée, grâce à un diplôme adossé à un Master depuis 2012, son autonomie clinique et à ses divers champs d'intervention. Il est donc impératif que cette spécialité soit consolidée législativement. Les différences de diplômes et d'avancées entre les spécialités ne doivent pas constituer un obstacle pour les IADE.



Conseil National Professionnel des Infirmier(e)s-Anesthésistes

Contribution à l'attention des Rapporteurs de la Loi sur le Métier Infirmier au Sénat

Par Le Conseil National Professionnel des Infirmier(e)s-Anesthésistes (CNPIA)

Madame, Monsieur les Rapporteurs,

Depuis de nombreuses années, le Sénat a su se montrer attentif et engagé aux côtés des infirmier(e)s anesthésistes diplômé(e)s d'État (IADE) dans leur démarche de reconnaissance en tant que professionnels exerçant en pratique avancée. Lors de la séance publique du 14 février 2023, le sénateur Philippe Mouillé rappelait avec force cet engagement, soulignant la nécessité de reconnaître à leur juste valeur les compétences des IADE, et d'inscrire leur statut dans un cadre juridique à la hauteur de leur expertise.

1. Un engagement sénatorial constant

En 2023, le sénateur Mouillé, soutenu par ses collègues Frédérique Puissat et Jean-Jacques Panunzi, proposait d'intégrer les IADE dans la proposition de loi n°362 relative à l'évolution du métier infirmier. L'objectif était clair : attribuer aux IADE un statut spécifique, pleinement intégré aux professions paramédicales exerçant en pratique avancée. Malgré les limites de l'article 40 de la Constitution, la volonté politique demeure forte, comme le rappelait le Président de la Commission des Affaires sociales du Sénat :

« Les IADE, pionniers de l'exercice en autonomie supervisée, possèdent déjà le niveau de qualification requis pour une pratique avancée. Le manque de valorisation de leur profession compromet dangereusement leur attractivité et leur développement. ».

25. Avez-vous d'autres points à porter à l'attention des rapporteurs ?

Réponse CNPIA : Il est impératif de soutenir tout amendement gouvernemental qui préconise une modification profonde de l'article 2. Cette révision est essentielle pour reconnaître et valoriser les compétences spécifiques des infirmiers anesthésistes (IADE) en tant que profession de pratique avancée distincte. L'amendement permettrait de clarifier les responsabilités et de structurer les formations de manière cohérente, garantissant ainsi la qualité et la sécurité des soins prodigués. En soutenant cette initiative, vous contribuerez à renforcer la confiance des patients et à assurer une prise en charge optimale, tout en alignant la France avec les recommandations internationales en matière de pratique avancée.

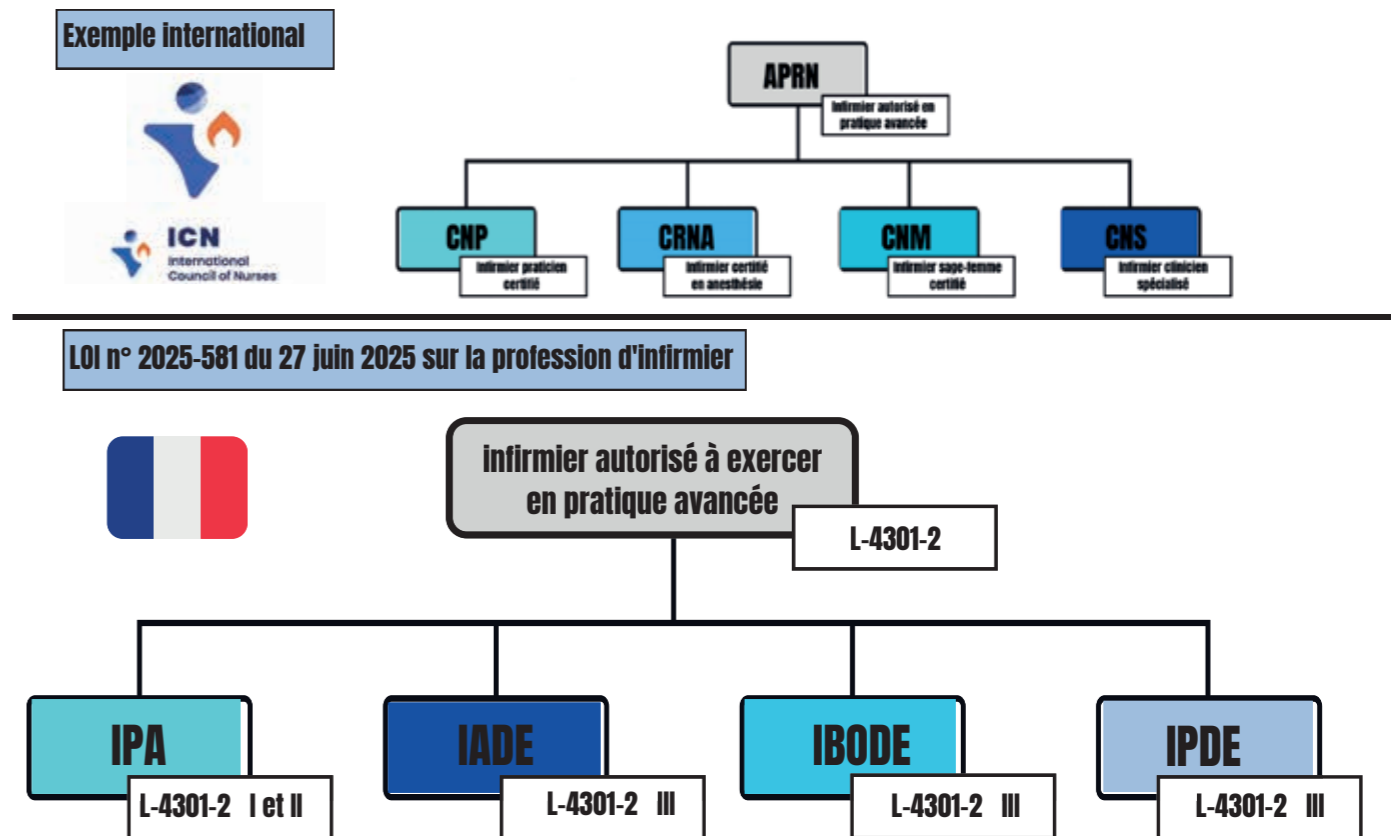
2. La nécessité d'un élargissement du concept de pratique avancée

Limiter la pratique avancée au seul modèle d'Infirmier de Pratique Avancée (IPA) revient à méconnaître la richesse et la diversité des compétences infirmières déjà pleinement mobilisées sur le terrain. La pratique avancée ne peut être figée dans un modèle unique. Elle doit au contraire refléter la pluralité des expertises infirmières, construites autour de formations spécifiques, d'expériences cliniques approfondies et de responsabilités élargies.

Le modèle IPA actuel, fondé sur une logique médico-académique, répond à certains besoins, notamment dans la gestion des pathologies chroniques en médecine de ville. Cependant, il ne couvre ni l'ensemble des spécialités infirmières, ni les réalités complexes des soins critiques, techniques ou d'urgence hospitalière.

3. Les IADE, une pratique avancée déjà en action

Les Infirmier(e)s Anesthésistes Diplômé(e)s d'État incarnent un modèle reconnu de pratique avancée, tel que défini par les standards internationaux (OMS, CII, OCDE). Leur formation, leur autonomie clinique, leur expertise technique et leur rôle décisionnel dans des contextes à haut risque (anesthésie, réanimation, urgence) s'inscrivent pleinement dans cette logique.



Ne pas reconnaître cette réalité revient à nier leur apport fondamental à la qualité, à la sécurité et à la continuité des soins.

4. Une réponse adaptée aux besoins du terrain

Reconnaître plusieurs modèles de pratique avancée permettrait d'adapter les réponses aux réalités des établissements de santé : réanimation, bloc opératoire, périnatalité, soins critiques, urgences, etc. Dans un contexte de pénurie médicale, de vieillissement de la population et de complexification des prises en charge, cette diversification est une nécessité stratégique.

Loin de menacer l'unité de la profession infirmière, cette reconnaissance pluraliste renforcerait les parcours professionnels, l'efficacité interprofessionnelle, et la qualité de la prise en charge des patients.

5. L'insuffisance du cadre actuel de l'Article 2

Dans sa rédaction actuelle, l'article 2 du projet de loi est inadapté. Il ne sécurise aucune profession, introduit une confusion juridique et organisationnelle, et ignore la réalité des compétences déjà exercées par les IADE. Il fragilise également la structuration actuelle du diplôme d'IPA et va à l'encontre des recommandations formulées par deux rapports de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS).

Ces rapports, commandés par le ministre Olivier Véran, préconisent une reconnaissance en deux temps : valider d'abord l'exercice actuel des IADE en pratique avancée, avant d'ouvrir de nouvelles perspectives, notamment en médecine péri-opératoire. Cette approche structurée et pragmatique, alignée sur les recommandations internationales, est aujourd'hui ignorée.

6. Pourquoi une reconnaissance légale est indispensable

Reconnaître légalement les IADE en tant que professionnels de pratique avancée permettrait :

- De stabiliser leur cadre professionnel, en définissant clairement leurs compétences, responsabilités et périmètres d'action.
- D'adapter les formations à leurs missions spécifiques, pour une meilleure adéquation aux réalités cliniques.
- De valoriser leurs compétences et de renforcer leur place dans les équipes de soins.
- D'améliorer l'organisation des soins, grâce à une coopération interprofessionnelle clarifiée.
- D'assurer la lisibilité des rôles pour les patients et les employeurs, et de renforcer l'attractivité de cette spécialité.

7. Recommandation finale

Le CNPIA s'associe pleinement à la volonté exprimée par le ministre délégué à la Santé, Yannick Neuder, de modifier l'article 2. Il appelle à une refonte en profondeur de cet article, afin d'y inscrire de manière explicite, distincte et pérenne la reconnaissance des IADE en tant que professionnels exerçant en pratique avancée.

Cette reconnaissance doit être portée au niveau législatif, intégrée de façon claire au Code de la santé publique, et articulée avec le maintien du décret encadrant leurs actes ainsi que de la formation actuellement en vigueur.

Conclusion

La reconnaissance des IADE en pratique avancée n'est ni une faveur ni une exception : c'est une mesure de santé publique fondée sur l'évidence, la cohérence et la responsabilité. Dans un système de santé en pleine mutation, elle représente un levier stratégique majeur pour répondre efficacement aux besoins croissants de la population.

Nous vous remercions par avance pour l'attention portée à cette contribution, et nous tenons à votre disposition pour tout échange complémentaire sur ce sujet d'intérêt national.

Veuillez agréer, Mesdames, Messieurs les Rapporteurs, l'expression de notre haute considération.

Christophe DEBOUT
Président du CNPIA

VEILLE JURIDIQUE

Complémentaire santé dans la FPH Complémentaire santé : la fonction publique hospitalière bientôt alignée sur le privé

À compter du 1^{er} janvier 2026, les agents de la fonction publique hospitalière (FPH) bénéficieront d'une participation financière obligatoire de leur employeur à leurs cotisations de complémentaire santé et prévoyance. Cette mesure s'inscrit dans un mouvement plus large d'harmonisation de la protection sociale complémentaire (PSC) dans l'ensemble de la fonction publique, amorcé par l'ordonnance n° 2021-175 du 17 février 2021, désormais codifiée dans le Code général de la fonction publique (articles L827-1 à L827-12).



Fonction publique hospitalière : ce qui change au 1^{er} janvier 2026

Les établissements hospitaliers publics (hôpitaux, EHPAD, etc.) devront prendre en charge au moins 50 % du coût d'une complémentaire santé souscrite par leurs agents, qu'ils soient fonctionnaires ou contractuels. Ce contrat devra respecter un panier de soins minimal, comprenant notamment :

- Le remboursement du ticket modérateur (hors exceptions) ;
- La prise en charge du forfait journalier hospitalier ;
- Une couverture des soins dentaires (à 125 % du tarif conventionné) ;
- Des forfaits pour les frais d'optique (100 à 200 € selon la correction).

Les agents pourront souscrire une mutuelle individuelle, à condition qu'elle respecte les critères d'éligibilité. Alternativement, un contrat collectif pourra être imposé par l'établissement.

De plus, les employeurs hospitaliers pourront également participer aux cotisations de prévoyance : maintien de salaire, couverture invalidité, décès.

Un alignement sur le secteur privé, en place depuis 2016

Dans le secteur privé, cette obligation est en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2016, en application de la loi n° 2013-504 du 14 juin 2013 relative à la sécurisation de l'emploi. Elle impose aux employeurs de proposer une mutuelle collective à adhésion obligatoire, financée à 50 % minimum.

Le contrat collectif doit aussi respecter un panier de soins comparable à celui désormais prévu pour la fonction publique. Quelques cas de dispense d'adhésion existent (mutuelle du conjoint, CDD court, temps très partiel...).

Où en sont les autres versants de la fonction publique ?

■ Fonction publique d'État (FPE)

Depuis janvier 2022 : versement d'une indemnité transitoire de 15 € brut/mois.

Depuis janvier 2024 : participation obligatoire de 50 % à une complémentaire santé via un contrat collectif.

■ Fonction publique territoriale (FPT)

À partir de janvier 2025 : obligation légale de participation financière des collectivités territoriales.

Modalités plus souples : les employeurs définissent les niveaux de participation, sous réserve d'un socle minimal garanti.

La réforme de la protection sociale complémentaire vise à renforcer l'égalité de traitement entre agents publics et salariés du privé, tout en améliorant la couverture santé et prévoyance de plus de 5 millions d'agents publics. La fonction publique hospitalière, en première ligne pendant la crise sanitaire, bénéficiera enfin d'un niveau de protection équivalent aux autres versants de la fonction publique... et au secteur privé.

Il aura fallu 10 ans.

L'AVIS DU SNIA

Le SNIA reste très inquiet quant à la volonté réelle des établissements de santé de respecter pleinement cet engagement. Malgré l'obligation légale qui entrera en vigueur au 1^{er} janvier 2026, de nombreuses incertitudes demeurent sur les modalités concrètes de mise en œuvre et sur l'adhésion effective des employeurs hospitaliers à cette réforme. Nous redoutons qu'en l'absence d'un accompagnement adapté et d'un contrôle rigoureux, certains établissements (déjà fragilisés financièrement) tardent à appliquer les dispositions prévues, voire tentent de les contourner, au détriment des agents. Ce ne serait, hélas, pas une première.



Intérim

Décision du Conseil d'État de supprimer la durée minimale d'exercice avant de travailler en intérim

<https://juricaf.org/arret/FRANCE-CONSEILDETAT-20250606-495797>



COMMUNIQUÉ CNPIA

Communiqué du CNPIA à la suite des États Généraux de la Médecine Péri-Opératoire

Paris, le 20 juin 2025



Le Conseil National Professionnel des Infirmiers Anesthésistes (CNPIA) tient à remercier la SFAR et le CNPARMPO pour son invitation à assister aux États Généraux de la Médecine Péri-Opératoire organisée aujourd'hui à Paris.

Nous saluons tout particulièrement l'intervention du ministre de la Santé, Yannick Neuder, qui a rappelé avec justesse, lors de son allocution inaugurale, que le modèle français de pratique de l'anesthésie repose sur une collaboration étroite entre médecins anesthésistes-réanimateurs et infirmiers anesthésistes diplômés d'État (IADE). Ce modèle interprofessionnel, éprouvé depuis des décennies, constitue une richesse qu'il convient de préserver et de renforcer dans l'ensemble des réflexions prospectives sur l'organisation des soins péri-opératoires au regard des défis de santé publique à relever.

Dans ce contexte, nous exprimons notre souhait que les travaux actuellement pilotés par la SFAR et le CNPARMPO s'ouvrent à une concertation plus inclusive, associant pleinement le CNPIA, alors même que les sujets abordés concernent directement les IADE et que leur contribution dans ce domaine ne peut être ignorée. Il est essentiel que les stratégies relatives à l'évolution de la médecine péri-opératoire soient développées dans une logique de co-construction, respectueuse des compétences et des responsabilités de chaque acteur impliqué dans le parcours des patients.

Les IADE sont prêts à s'engager pleinement dans cette dynamique. Leur expertise clinique, leur rôle pivot dans le parcours anesthésique des patients et leur culture professionnelle centrée sur la qualité des soins, la sécurité et l'approche centrée sur la personne représentent une véritable valeur ajoutée. Leur contribution s'inscrit en outre dans une logique d'efficacité, de maîtrise des coûts et de réponse aux tensions croissantes au sein des effectifs médicaux.

Le CNPIA appelle à une reconnaissance pleine et entière de cette réalité et à l'ouverture immédiate d'un dialogue structuré avec les représentants des organisations professionnelles IADE.

L'avenir de la médecine péri-opératoire et les résultats escomptés en matière de réduction de la mortalité postopératoire ne peuvent se concevoir qu'à travers une approche réellement interprofessionnelle du sujet, fondée sur la complémentarité des compétences des professionnels impliqués au bénéfice du patient.



ARTICLE PROFESSIONNEL

Prise en charge de l'arrêt cardiaque et respiratoire par l'IADE en pré-hospitalier L'analyse du SNIA



Le Syndicat National des Infirmiers Anesthésistes (SNIA) est régulièrement interrogé sur la possibilité pour un IADE d'intuber un arrêt cardiaque en extra-hospitalier seul dans le cadre d'un protocole de soin d'urgence ou sous la responsabilité d'un médecin urgentistes.

Il est invoqué par nos détracteurs que conformément à l'article 4311-12 qui indique que l'IADE exerce sous la responsabilité exclusive du médecin anesthésiste. Parfois on nous accuse d'exercice illégal de la médecine.

Nous souhaitons vous apporter notre analyse sur cette situation, qui découle d'une interprétation erronée des arguments avancés.

Le SNIA, fort de son expérience dans ce domaine, a consulté un ancien expert judiciaire près de la cour d'appel de Versailles afin d'apporter une réponse éclairée sur ce point précis.

Nous vous présentons les textes suivants, détaillés en annexe, qui justifient l'exercice et les compétences spécifiques des IADE dans la prise en charge des ACR :

- Circulaire INTERMINISTÉRIELLE N° DGOS/R2/DGSCGC/2015/190 du 5 juin 2015 relative à l'application de l'arrêté du 24 avril 2009 concernant l'organisation du secours à personne et de l'aide médicale.
- Article 4311-12 du Code de la santé publique.
- Arrêté du 23 juillet 2012 relatif à la formation conduisant au diplôme d'état d'infirmier anesthésiste (NOR : AF-SH1229694A).
- Arrêté du 23 septembre 2014, supplément au diplôme d'état d'infirmier anesthésiste.
- Article L4161-1 du Code de la santé publique relatif à l'exercice illégal de la médecine.
- Recommandations de la Société Française d'Anesthésie-Réanimation.
- Recommandations du European Resuscitation Council (ERC 2015).

Ces textes confirment que les IADE sont formés et habilités à prendre en charge les situations d'arrêt cardiaque extra-hospitalier, y compris l'intubation orotrachéale, sous protocole ou dans le cadre de l'article 4311-14 du Code de la santé publique.

Le conseil du SNIA

Exposé Argumenté

Analyse rédigée par Bruno Huet, Secrétaire général adjoint du SNIA

CONCERNANT L'ASPECT ILLÉGAL DES PISU

Circulaire INTERMINISTÉRIELLE N° DGOS/R2/DGSCGC/2015/190 du 5 juin 2015 relative à l'application de l'arrêté du 24 avril 2009 relatif à la mise en œuvre du référentiel portant sur l'organisation du secours à personne et de l'aide médicale.

Les ISP (infirmiers sapeurs-pompiers), en tant que membres du SSSM (service de santé et de secours médical), participent au SUAP et à l'AMU sur le territoire opérationnel du SIS (art. L.6311-1 du code de la santé publique, L.1424-2 et R.1424-24 du code général des collectivités territoriales).

L'activité des ISP concourant aux secours et soins urgents s'inscrit dans le cadre général des compétences de l'infirmier

défini par le code de la santé publique (décret de compétences). Dans ce cadre, le code de la santé publique prévoit qu'un infirmier peut, avant l'intervention d'un médecin et sous certaines conditions, initier des protocoles infirmiers de soins d'urgence (PISU) en raison du bénéfice attendu pour le patient d'une réponse urgente et formalisée jusqu'à l'intervention d'un médecin (art. R.4311-14 alinéa premier du code de la santé publique).

Les PISU réalisables par les ISP concourant aux secours et soins urgents doivent répondre aux données actualisées de la science et garantir toutes les exigences de qualité et de sécurité des soins dans l'intérêt du patient.

Commentaire

De toute évidence, la circulaire interministérielle apporte une réponse sur la légalité de la mise en place d'un PISU dans le cadre d'une urgence. En conséquence, cette légitimité ne peut être remise en question. On peut admettre que ce qui est admis dans le cadre de protocole de soins d'urgences chez les sapeurs-pompiers est parfaitement transposable à d'autres structures.

CONCERNANT LA LECTURE DE L'ARTICLE 4311-12 DU CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

La rédaction de l'article 4311-12 précise les conditions obligatoires de l'exercice des IADE surtout dans le cadre d'une procédure d'anesthésie. La lecture du contenu permet de l'affirmer puisqu'il est indiqué :

1° Que le médecin anesthésiste établit la procédure d'anesthésie.

2° B / 1°, il est précisé que l'IADE est habilité à pratiquer l'anesthésie générale.

Pour les autres champs d'activités, on sort de l'exclusivité du médecin anesthésiste. Il est évident que les IADE qui exercent en réanimation le font sous la responsabilité d'un médecin réanimateur, qui ne sont pas tous anesthésistes. Idem pour l'activité extra-hospitalière, qui est en très grande majorité médicalisée par des médecins urgentistes. Le texte précise même que les transports médicalisés sont réalisés en priorité par un IADE et que l'exclusivité des TIH concerne les patients stables ventilés, intubés ou sédatisés.

https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000034169206

Afin d'appuyer notre propos :

Il est indiqué dans l'arrêté de 2012 du référentiel de formation que les responsables de l'encadrement des étudiants sont placés sous la responsabilité directe d'un médecin anesthésiste-réanimateur, d'un maître de stage, d'un tuteur de stage ou d'un encadrant infirmier anesthésiste diplômé d'État, ou d'un autre professionnel médical ou paramédical pour les stages hors bloc opératoire.

Au niveau de l'arrêté de 2012 du référentiel d'activité, il est bien précisé que l'IADE a une capacité d'intervention exclusive dans le cadre d'une procédure d'anesthésie établie par un médecin anesthésiste-réanimateur, ce qui ne s'applique pas pour les autres champs de compétence.

L'IADE 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 extra-hospitalières et lors de certains types de transports (SAMU, SMUR, autres transports sanitaires).

Types de situations significatives :

- Activités en bloc opératoire ;
- Activités en salle de surveillance post-interventionnelle (SSPI) ;
- Activités hors bloc opératoire ;
- Activités en SMUR et transport sanitaire.

Commentaires

L'article 4311-12 du Code de la santé publique précise plusieurs champs de compétence des infirmiers anesthésistes, incluant des responsabilités sous la supervision de médecins autres que les anesthésistes, notamment dans le cadre des activités d'urgence et des soins critiques hors des procédures strictement liées à l'anesthésie (Code de la santé publique, article 4311-12).

CONCERNANT L'ASPECT ILLÉGAL DE L'IOT PAR UN IADE

A. Au niveau de l'arrêté de 2012 de la formation des IADE

(L'arrêté du 23 juillet 2012 relatif à la formation conduisant au diplôme d'état d'infirmier anesthésiste NOR : AF-SH1229694A)

Former des infirmiers diplômés d'État à la polyvalence des soins infirmiers dans les domaines de l'anesthésie, de la réanimation, des **urgences intra et extra-hospitalières** et de la prise en charge de la douleur.

Identifier et choisir les dispositifs et matériels adaptés en fonction de l'évaluation médicale pré-anesthésique, de l'intervention, du contexte et du lieu d'exercice (anesthésie, réanimation, SSPI, SMUR et traitement de la douleur).

Identifier et expliciter les situations d'urgence et de réanimation. Identifier et définir les principales situations d'urgence et de réanimation.

Mettre en œuvre des soins d'urgence dans un environnement extra-hospitalier.

L'aide médicale urgente : prise en charge et techniques dans tous les types d'urgences et leur mode de transport. Prise en charge de l'arrêt cardiaque et respiratoire.

Apprécier les risques inhérents à la ventilation au masque et à l'intubation en fonction de l'évaluation clinique du patient.

<https://sfar.org/wp-content/uploads/2017/01/Arrete-du-23-juillet-2012-relatif-a-la-formation-IADE.pdf>

B. Au niveau de l'arrêté du 23 septembre 2014 - Supplément au diplôme d'État d'infirmier anesthésiste

L'infirmier anesthésiste a une capacité d'intervention exclusive dans le cadre d'une procédure d'anesthésie établie par un médecin anesthésiste-réanimateur. Ce qui n'exclut pas les autres domaines de compétences sous la responsabilité de médecins non anesthésistes.

https://www.snia.net/uploads/7/7/8/5/7785148/supplément_au_diplôme_diade_arrêté_du_23_septembre_2014.pdf

Commentaires

Les arrêtés de 2012 (référentiels) et l'article 4311-12 du Code de la santé publique stipulent que les infirmiers anesthésistes diplômés d'État (IADE) exercent dans le domaine de l'anesthésie sous la responsabilité exclusive d'un médecin anesthésiste. Toutefois, ils interviennent également sous la responsabilité d'autres médecins pour des activités en dehors du bloc opératoire. Plusieurs unités d'enseignement dans le cursus des IADE abordent la prise en charge des urgences extra-hospitalières, y compris l'arrêt cardiaque. L'intubation trachéale, un geste technique qu'ils maîtrisent parfaitement, est donc applicable en dehors du bloc opératoire.

Il est indiqué dans l'arrêté de 2012 de compétence : Identifier et choisir les dispositifs et matériels adaptés en fonction de l'évaluation médicale pré-anesthésique, de l'intervention, du contexte et du lieu d'exercice (anesthésie, réanimation, SSPI, SMUR et traitement de la douleur).

Assurer la ventilation et mettre en place un dispositif de ventilation sus ou sous-glottique et ajuster les paramètres ventilatoires du respirateur.

Il est indiqué dans l'arrêté de 2012 de l'unité d'enseignement :

UE 3 :

Assurer la ventilation et mettre en place un dispositif de ventilation sus ou sous-glottique et ajuster les paramètres ventilatoires du respirateur.

Abords trachéaux et dispositifs supra-glottiques. Intubation.

UE 4.1 :

Exercice du métier dans des domaines spécifiques : technique et organisation.

L'aide médicale urgente comprenant la prise en charge d'un arrêt cardiocirculatoire et respiratoire.

Domaine de compétences 3 :

→ Mettre en place les abords veineux et artériels périphériques adaptés à l'état physiologique et pathologique du patient.

→ Assurer la ventilation et mettre en place un dispositif de ventilation sus ou sous-glottique et ajuster les paramètres ventilatoires du respirateur.

En France, l'exercice des professions « d'auxiliaires médicaux » dépend de l'exercice des professions « médicales ». Tout le système juridique des professionnels de la santé est construit pour protéger le citoyen. L'article 16-3 du Code civil précise « qu'il ne peut être porté atteinte au corps humain qu'en cas de nécessité médicale pour la personne » (et non plus thérapeutique depuis 1994). Et ce sont seulement les médecins qui sont habilités à le faire du fait de leur qualification, de leur titre, à l'exclusion de toute autre personne. Toute intervention par des personnes non qualifiées de cette façon relève de l'exercice illégal de la médecine.

C'est donc par « dérogation » donnée par la loi à l'exercice illégal de la médecine : article L.4161-1 du Code de la santé publique que les auxiliaires médicaux peuvent exercer, sous la responsabilité des médecins, à condition d'être qualifiés

et d'avoir un exercice réglementé par un décret pris en Conseil d'État après avis de l'Académie nationale de médecine. La qualification se juge par un titre, et les titres ici sont les diplômes dûment homologués et donc répertoriés. La réglementation des actes professionnels réalisés par les professions dites auxiliaires médicaux (Code de la santé publique) dépend donc de celle des médecins : sur prescription, en présence, aidant le médecin.

En résumé, pour que des professionnels soient autorisés à faire des actes qui touchent au corps de la personne, ils doivent donc en être juridiquement autorisés par décret du Conseil d'État, celui-ci dérogeant à l'exercice illégal de la profession médicale seule autorisée dans le cadre des Codes civil et pénal français.

SUR LE FAIT QUE CELA REPRÉSENTE UN EXERCICE ILLÉGAL

Article L4161-1 Exercice illégal de la médecine

Les dispositions du présent article ne s'appliquent pas aux infirmiers ou gardes-malade qui agissent comme aides d'un médecin ou que celui-ci place auprès de ses malades, ni aux détenteurs d'une qualification professionnelle figurant sur une liste fixée par arrêté du ministre chargé de la Santé et exerçant, dans la limite de leur formation, ni aux personnes qui accomplissent, dans les conditions prévues par décret en Conseil d'État pris après avis de l'Académie nationale de médecine, les actes professionnels dont la liste est établie par ce même décret.

Définition de la compétence

L'habilitation de geste technique et la compétence sont définies par l'obtention d'un diplôme. L'infirmier anesthésiste est soumis aux mêmes règles juridiques générales que l'infirmier diplômé d'État défini par le Code de la santé publique dans ses articles 4311-1 à 4311-15. S'y ajoutent celles qui résultent de l'extension et de l'exclusivité de compétence qui lui sont réglementairement reconnues.

A. L'arrêté du 23 juillet 2012 relatif à la formation conduisant au diplôme d'État d'infirmier anesthésiste NOR : AFSH1229694A

Former des infirmiers diplômés d'État à la polyvalence des soins infirmiers dans les domaines de l'anesthésie, de la réanimation, des urgences intra et extra-hospitalières et de la prise en charge de la douleur.

Annexe II Référentiel de compétences

Il s'agit de décrire les activités du métier, puis les compétences. Celles-ci sont rédigées en termes de capacités devant être maîtrisées par les professionnels et attestées par l'obtention du diplôme d'État. Cette description s'inscrit dans la réglementation figurant au code de la santé publique (CSP).

Compétence 2

→ Apprécier les risques inhérents à la ventilation au masque et à l'intubation en fonction de l'évaluation clinique du patient.

L'article 4311-12 précise les conditions entourant l'activité en anesthésie sans entrer dans le détail des compétences qui sont définies par les arrêtés sur les référentiels de 2012 et celui du complément aux diplômes de 2014. L'activité préhospitalière y est mentionnée en donnant la priorité aux infirmiers anesthésistes dans ce type d'activité et en donnant une exclusivité d'exercice dans les transports infirmiers inter-hospitaliers de patients sous ventilation artificielle. Le législateur a souhaité, après avis favorable de la communauté médicale, renforcer la sécurité des patients transportés par un infirmier en donnant une exclusivité d'exercice aux infirmiers anesthésistes qui sont en capacité de procéder à une ré-intubations devant une extubation accidentelle toujours possible.

L'intubation par un infirmier anesthésiste est soumise à une prescription du médecin. Cette prescription peut être rédigée par un protocole correspondant à une prescription anticipée. La rédaction d'un protocole permet à l'infirmier d'agir sans la présence d'un médecin.

→ Assurer la ventilation et mettre en place un dispositif de ventilation sus ou sous-glottique (autrement dit, procéder à une intubation) et ajuster les paramètres ventilatoires du respirateur. Les gestes techniques sont réalisés avec efficacité et dextérité. Chaque geste peut être justifié et argumenté. En cas d'intubation difficile, l'algorithme décisionnel est expliqué.

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.

→ Recueillir et sélectionner les informations utiles aux différents interlocuteurs pour la conduite de l'anesthésie, de la réanimation, de la prise en charge préhospitalière et de la prise en charge de la douleur du patient.

- Analyser les informations et observations transmises par les différents professionnels pour adapter la conduite de l'anesthésie, de la réanimation, de la prise en charge préhospitalière et de la prise en charge de la douleur du patient.

Annexe III Référentiel de formation

1. Finalités de la formation

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'urgence et de réanimation. Exerçant le raisonnement clinique et la réflexion critique, les professionnels formés sont compétents, capables d'intégrer plus rapidement de nouveaux savoirs et de s'adapter à des situations complexes dans le domaine de l'anesthésie, de la réanimation et de l'urgence.

6.5. Parcours de l'étudiant en stage

Stage d'une durée minimum de 4 semaines concernant la prise en charge de patients en SMUR et Urgences.

Unité d'enseignement 3.1

Les techniques d'anesthésie-réanimation, réanimation et urgences (Principe et mise en œuvre) :

- Choisir les dispositifs et équipements adaptés à la situation et justifier.
- Ventilation : Abords trachéaux et dispositifs supra-glottiques dans le cadre de l'intubation. Matériel, technique, pose et ablation. Risques et complications.

B. L'arrêté du 23 septembre 2014 relatif à la création d'une annexe « Supplément au diplôme » pour les formations paramédicales d'infirmiers, ... et d'infirmier anesthésiste (JORF n° 0230 du 4 octobre 2014) Page 30

Le supplément vise à fournir des données indépendantes et suffisantes pour améliorer la « transparence » internationale et la reconnaissance académique et professionnelle équitable des qualifications (diplômes, acquis universitaires, certificats, etc.). Il est destiné à décrire la nature, le niveau, le contexte, le contenu et le statut des études accomplies avec succès par la personne désignée par la qualification originale à laquelle ce présent supplément est annexé.

4.2 Exigences du programme

L'infirmier anesthésiste diplômé d'État réalise des soins spécifiques et des gestes techniques dans les domaines de l'anesthésie-réanimation, de la médecine d'urgence et de la prise en charge de la douleur. 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 extra-hospitalières et lors de certains types de transports (SAMU, SMUR, autres transports sanitaires).

Domaine de compétences 1

- Identifier et choisir les dispositifs et matériels adaptés en fonction de l'évaluation médicale préanesthésique, de l'intervention, du contexte et du lieu d'exercice (anesthésie, réanimation, SSPI, SMUR et traitement de la douleur).



Unité d'enseignement 4.1 Exercice du métier dans des domaines spécifiques

- L'urgence : définition, identification, types, niveaux, risques, décisions, y compris l'urgence extrahospitalière sur les défaillances cardiovasculaires dont l'arrêt cardiaque.

Unité d'enseignement 4.2 Exercice du métier dans des domaines spécifiques

Objectifs généraux

- Identifier et expliciter les situations d'urgence et de réanimation. → Identifier et définir les principales situations d'urgence et de réanimation.
- Mettre en œuvre des soins d'urgence dans un environnement extrahospitalier.
- L'aide médicale urgente : Prise en charge et technique dans tous les types d'urgences et leur mode de transport.
- Prise en charge de l'arrêt cardiaque et respiratoire.

Domaine de compétences 2

- Apprécier les risques inhérents à la ventilation au masque et à l'intubation en fonction de l'évaluation clinique du patient.

Domaine de compétences 3

- Assurer la ventilation et mettre en place un dispositif de ventilation sus ou sous-glottique et ajuster les paramètres ventilatoires du respirateur.

Domaine de compétences 6

- Recueillir et sélectionner les informations utiles aux différents interlocuteurs pour la conduite de l'anesthésie, de la réanimation, de la prise en charge préhospitalière et de la prise en charge de la douleur du patient.
- Analyser les informations et observations transmises par les différents professionnels pour adapter la conduite de l'anesthésie, de la réanimation, de la prise en charge préhospitalière et de la prise en charge de la douleur du patient.
- Superviser et coordonner les actions mises en œuvre par les équipes en SSPI, réanimation et SMUR.

Formation clinique/stages – compétences 1 à 7 en situation
Anesthésie-réanimation en chirurgie viscérale, anesthésie-réanimation en chirurgie céphalique, anesthésie-réanimation en chirurgie orthopédique ou traumatologique, anesthésie-réanimation obstétricale, anesthésie-réanimation pédiatrique, prise en charge en préhospitalier, prise en charge de la douleur, stage au sein d'une équipe de recherche.

L'infirmier anesthésiste diplômé d'État réalise des soins spécifiques et des gestes techniques dans les domaines de l'anesthésie-réanimation, de la médecine d'urgence et de la prise en charge de la douleur. Activités en SMUR et transport sanitaire.

L'avis d'une directrice d'école d'infirmier anesthésiste de l'APHP de Paris (Pièce n°9)

Mme Monique Guinot, directrice honoraire de l'école d'infirmier anesthésiste de l'Assistance Publique de Paris formant plus de 70 étudiants par an, vient par son témoignage confirmer que l'intubation oro-trachéale est bien de la compétence d'un infirmier anesthésiste dans le cadre d'une activité préhospitalière. Dans la fiche d'évaluation concernant le stage préhospitalier, il est spécifié l'évaluation concernant l'habileté « Contrôle des voies aériennes supérieures (Intubation – dispositifs supra-glottiques) » avec le critère « Les gestes sont efficaces, atraumatiques et adaptés à tout type de patient ».

L'avis du Syndicat National des Infirmier.e.s Anesthésistes (Pièce n° 11)

Le SNIA soulève la difficulté juridique d'un infirmier anesthésiste sapeur-pompier qui, devant un arrêt cardiaque, s'abstiendrait de procéder à une intubation alors qu'il dispose du matériel pour le réaliser.

CONCERNANT LES RECOMMANDATIONS DE CINQ SOCIÉTÉS SAVANTES SUR LA PRISE EN CHARGE DES ACR HORS PRÉSENCE MÉDICALE

Celle-ci a proposé, conformément à la circulaire interministérielle de 2015, des protocoles de soins d'urgence à destination des infirmiers de sapeurs-pompier.

Dans ces recommandations concernant la prise en charge de l'arrêt cardiaque, il est indiqué qu'il n'y a pas d'indication à la mise en place d'un dispositif supra glottique hors avis médical.

Nous remarquons qu'il n'est pas précisé, comme pour d'autres points, le terme d'indication scientifique (qui serait contraire aux bonnes pratiques).

Un astérisque est présent en fin de phrase renvoyant l'indication au médecin sur place ou à l'avis du médecin régulateur du SAMU qui n'est pas sur place.

Commentaires

Les deux arrêtés (formation et complément au diplôme) présentés sont sans ambiguïté : l'activité des infirmiers anesthésistes n'est pas exclusive en anesthésie mais comporte bien l'activité en urgence et en préhospitalier.

Les recommandations de la Société Française d'Anesthésie-Réanimation

La Société Française d'anesthésie-réanimation a défini dans ses recommandations le rôle de l'infirmier anesthésiste. Celle-ci précise, dans le cadre d'une activité préhospitalière : « Du fait de sa connaissance et de sa pratique des gestes d'urgence ou de survie (intubation, cathétérisme veineux périphérique, maniement des appareils de ventilation et de surveillance...), l'IADE est le collaborateur idéal du médecin dans la prise en charge des patients en état grave et de leur transport intra ou extra-hospitalier. En revanche, la présence d'un IADE ne dispense en aucune manière de celle d'un médecin, en particulier d'un médecin anesthésiste-réanimateur si une anesthésie est nécessaire. ».

Sur le plan de la responsabilité, il précise que l'IADE est soumis aux mêmes règles juridiques générales que l'infirmier diplômé d'État. S'y ajoutent celles qui résultent de l'extension et de l'exclusivité de compétence qui lui sont réglementairement reconnues (voir les arrêtés sur les référentiels de 2012 et celui du complément aux diplômes).

Sur le plan de la déontologie, l'urgence hors présence d'un médecin est évoquée : « Il a le strict devoir de limiter son activité aux tâches pour lesquelles il est compétent et qualifié. Même sous la pression de médecins ou de l'autorité administrative, il ne doit pas accepter de se substituer à un médecin anesthésiste-réanimateur, sauf s'il s'agit d'une urgence extrême et vitale. ».

La conduite à tenir de l'arrêt cardiaque extra-hospitalier est bien enseignée dans le cadre de la formation. L'avis d'une directrice honoraire d'une des plus grandes écoles formant des infirmiers anesthésistes de France de l'Assistance publique de Paris et des éléments du document d'évaluation du stage obligatoire en SMUR précisent que l'intubation en SMUR est un élément évalué. L'avis du seul syndicat professionnel représentant les infirmiers anesthésistes. Les recommandations de la société savante d'anesthésie réanimation qui stipulent les compétences spécifiques des infirmiers anesthésistes (intubation). Au vu de l'ensemble des éléments et des pièces fournies, il paraît évident qu'un infirmier anesthésiste peut procéder à une intubation lorsqu'il est confronté à un patient en arrêt cardiaque et qu'il dispose du matériel pour le réaliser.

RECOMMANDATION DES BONNES PRATIQUES DANS LA PRISE EN CHARGE DES ARRÊTS CARDIAQUES

A. Recommandations de l'EUROPEAN RESUSCITATION COUNCIL (ERC) 2015

La mise à jour en 2020 des recommandations ne revient pas sur celles évoquées en 2015. La survie suite à un arrêt cardiaque par asphyxie est rare et les survivants souffrent généralement de troubles neurologiques graves. Pendant la RCP, une ventilation efficace et précoce des poumons avec de l'oxygène supplémentaire est essentielle. Il est recommandé de procéder à une intubation trachéale précoce. L'intubation trachéale ne devrait être réalisée que par des personnes formées, compétentes et expérimentées dans ce domaine.

Une fois que le patient a été intubé ou qu'un dispositif supra-glottique a été inséré, poursuivre les compressions thoraciques sans interruption (sauf pour réaliser une défibrillation ou vérifier le pouls quand cela est indiqué), à une fréquence de 100-120/minute, et ventiler les poumons à un rythme d'environ 10 insufflations/minute. Éviter l'hyperventilation (fréquence et volume respiratoires excessifs). On n'insistera jamais assez sur l'importance de compressions thoraciques ininterrompues. Des interruptions des compressions, aussi courtes soient-elles, produisent un résultat désastreux et tout doit être mis en œuvre pour maintenir des compressions continues et efficaces durant toute la tentative de réanimation.

L'intubation trachéale est la manière la plus fiable de maintenir l'ouverture des voies aériennes, mais elle doit être tentée seulement si le personnel a suivi la formation appropriée et dispose d'une expérience régulière et continue de cette technique.

L'intubation trachéale ne doit pas retarder les tentatives de défibrillation. Les membres du personnel qualifiés dans la prise en charge avancée des voies aériennes doivent tenter une laryngoscopie et une intubation sans interrompre les compressions thoraciques.

Une fois le patient intubé, poursuivre les compressions thoraciques à une fréquence de 100-120/minute sans s'arrêter pour réaliser les insufflations. Chez une personne souffrant d'asthme, l'arrêt cardiaque constitue en règle générale un événement final, après une période d'hypoxémie. Des modifications apportées aux directives ALS standard incluent la nécessité d'une intubation trachéale précoce.

L'hypoxémie et l'hypercapnie augmentent toutes deux le risque de récurrence d'arrêt cardiaque et peuvent induire des lésions cérébrales secondaires.

L'intubation trachéale est la méthode la plus sûre et la plus efficace pour établir et maintenir la perméabilité des voies aériennes. La voie orale est préférable pour l'intubation trachéale lors d'une réanimation. Lorsque les voies aériennes sont protégées par une intubation trachéale, il faut poursuivre la ventilation en pression positive à raison de 10 insufflations par minute, sans interrompre les compressions thoraciques. L'arrêt du MCE au moment de la ventilation (cas de la ventilation au masque facial avec alternance du MCE) aboutit à une chute du débit sanguin cérébral avec des effets délétères sur le plan neurologique.

https://sofia.medicalistes.fr/spip/IMG/pdf/Directives_2015_du_Conseil_Europe_en_de_Re_ani_mation.pdf

Les recommandations de l'ERC doivent prendre en compte les différents niveaux des intervenants au niveau européen. Certains pays n'ont pas le niveau de nos intervenants en France. Des études issues de ces pays ont voulu démontrer que la ventilation au masque était supérieure à la ventilation après intubation. Les derniers résultats de l'étude CAAM ne recommandent pas la ventilation au masque, mais plébiscitent l'intubation comme procédure standard en cas d'arrêt cardiaque.

B. Concernant l'étude « CAAM » du professeur Adnet

Dans l'étude CAAM, menée en France et en Belgique et présentée en session de Late Breaking Clinical Trials à l'ESC, la ventilation artificielle par insufflateur manuel ne se révèle pas plus efficace que l'intubation trachéale en cas d'arrêt cardio-respiratoire hors de l'hôpital. Au contraire, certains

résultats issus de CAAM montrent que cette méthode est moins sûre et surtout moins pratique. En conséquence, les investigateurs ne recommandent pas cette méthode de ventilation artificielle (au masque facial) comme procédure standard en cas d'arrêt cardiaque.

Référence : Adnet F. Late Breaking Clinical Trials 3, ESC 2017, Barcelone, 28/08/2017.

https://www.lejournalmedecin.com/jm-update-specialiste/cardio-diabeto/arret-cardiaque-la-ventilation-artificielle-par-insufflateur-manuel-moins-sure-et-moins-pratique-que-l-intubation-tracheale/article-longread-30565.html?cookie_check=1716735547

https://www.resuval.com/wp-content/uploads/2019/11/PMU-2018-06_LYON_2018_VENTILATION_ACR-1.pdf

<https://francais.medscape.com/voirarticle/3603526?form=fpf>

EN CONCLUSION

En conclusion, les recommandations scientifiques actuelles applicables et opposables en France soulignent l'importance cruciale de l'oxygénation optimale des patients en arrêt cardiaque. L'intubation trachéale est préconisée comme méthode privilégiée, car elle assure un débit sanguin cérébral suffisant par la non interruption du massage, favorise une récupération neurologique optimale et permet au cœur non anoxique de reprendre une activité spontanée tout en réduisant les risques de récurrence d'un arrêt cardiaque. De plus, cette technique protège les voies aériennes contre l'inhalation.

Toutefois, la réussite de cette intervention repose sur la compétence de l'opérateur. Il est impératif que l'intubation soit réalisée par un personnel formé, expérimenté et capable de minimiser les interruptions des compressions thoraciques, essentielles pour une réanimation efficace.

En France, les infirmiers anesthésistes, de par leur formation et leur pratique régulière, maîtrisent parfaitement cette technique. Leur expertise et leur expérience fréquente de l'intubation trachéale en font des acteurs clés dans la prise en charge des arrêts cardiaques, garantissant ainsi des soins conformes aux meilleures pratiques recommandées.

Que l'ensemble des textes réglementaires précisent que l'IADE est amené à exercer en dehors du bloc opératoire, qu'il a l'habilitation et la compétence pour réaliser une intubation.

Que dans le cadre de sa formation, un stage est obligatoire en SMUR sous la supervision et l'évaluation d'un médecin urgentiste. Que dans ces conditions il peut en tant qu'élève IADE réaliser le geste technique sous la responsabilité du médecin urgentiste.



À LA DÉCOUVERTE D'UNE ASSOCIATION

AFISAR

Association pour la Formation des Infirmiers spécialisés en Anesthésie et Réanimation

Depuis 1991



L'AFISAR est une association Loi 1901, à but non lucratif, et située au CHU BICETRE (94).

À l'orée d'une autonomie enfin reconnue, l'AFISAR, a depuis sa création en 1991, toujours cherché à **promouvoir en toute autonomie la formation des infirmiers et infirmiers anesthésistes** dans les domaines de l'urgence, de l'anesthésie et de la réanimation.

L'AFISAR organise tous les ans un congrès national, voire francophone en parfaite autonomie IADE.

Un congrès par et pour les IADE !



Un congrès pas comme les autres

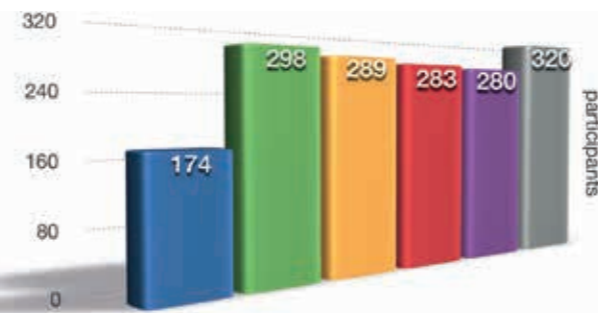
Fait par des IADE, pour des IADE...

Composé d'une dizaine d'infirmiers anesthésistes bénévoles et volontaires, le bureau de l'AFISAR réussit depuis de nombreuses années à produire **un congrès de qualité professionnelle** touchant une grande partie des infirmiers anesthésistes du bassin parisien, mais aussi de l'ensemble de la France, **issus de l'assistance publique comme du secteur privé.**

Le congrès a pu réunir jusqu'à 300 IADE en présentiel, et près d'un millier en webinaire et en rediffusion sur notre site web AFISAR ainsi que nos réseaux sociaux.

Ce succès repose sur deux concepts essentiels devenus la marque de fabrique de l'AFISAR : le professionnalisme et la convivialité.

Le professionnalisme qui s'appuie sur des thèmes de présentation d'actualité, traités par des professionnels de l'anesthésie experts dans leur domaine, avec une ligne directrice centrale : les IADE parlent aux IADE. **Aussi, toutes nos conférences sont réalisées et présentées par des infirmiers**, contrairement à d'autres congrès. Pourtant, loin d'être corporatiste, l'AFISAR a su s'appuyer sur nos collègues médecins anesthésistes pour modérer les topos et ouvrir les discussions.



Une fréquentation de plus de 280 IADE depuis 3 ans

Le professionnalisme se retrouve par ailleurs au travers des ateliers de pratique professionnelle, véritable succès chaque année, qui permettent aux congressistes de **tester du matériel et d'enrichir leurs compétences.**

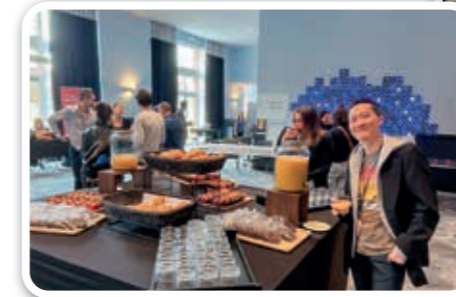
La convivialité

Rendez-vous professionnel, mais aussi rendez-vous des humains qui se retrouvent autour d'une activité commune, l'AFISAR est aujourd'hui réputée pour l'aspect convivial qu'elle a su insuffler à ses journées professionnelles.

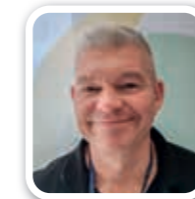
Dans un lieu accessible tant aux IADE parisiens que provinciaux, l'association propose dans sa journée plusieurs **temps de retrouvailles et de partage** autour de buffets ou au restaurant pour le déjeuner.

Des stands accessibles et des moments privilégiés

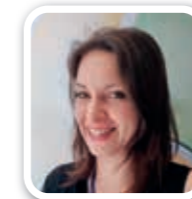
L'espace destiné aux exposants est au centre de la journée de l'AFISAR. Situé au carrefour géographique de la salle plénière et des ateliers de pratique professionnelle, **il est sur le passage de tous les congressistes.** Organisé autour d'un buffet sur **trois temps majeurs** (pause du matin - déjeuner - pause de l'après-midi), il offre ainsi aux exposants des **temps de dialogue privilégiés** avec les infirmiers anesthésistes.



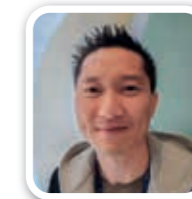
L'organisation



M. Laurent PIGOU
Président de l'association
Devis, organisation générale,
accueil de votre équipe



Mme Agnès SINGLANDE
Secrétariat, accueil et
organisation générale

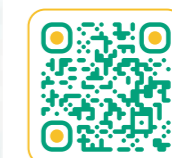


M. Richard AVIONE
Trésorerie, secrétariat,
accueil et organisation
générale

M. Julien BELLEY
Communication et médias

Comité scientifique :
Julie Pigé et Sophie Canevet

Référente Qualiopi :
Sophie Canevet



Suivez-nous sur : www.afisar.fr

LES ANNONCES DE RECRUTEMENT



Médecins - Soignants - Personnels de Santé

1^{er} Réseau Social
de la santé

1^{ère} Régie Média
indépendante
de la santé



Retrouvez en ligne des
milliers d'offres d'emploi



Une rubrique Actualité
qui rayonne sur
les réseaux sociaux



250 000 exemplaires de
revues professionnelles
diffusés auprès des
acteurs de la santé



Rendez-vous sur
www.reseauprosante.fr



Inscription gratuite

☎ 01 53 09 90 05

✉ contact@reseauprosante.fr



Recherche
CADRE IADE
Pour un bloc opératoire
polyvalent.
Bloc récent datant
de 2019.

- 8 salles de blocs dont 4 dédiées :
Neurochirurgie, césarienne, endoscopie et vasculaire.

- 1 salle de réveil (SSPI) attenante avec
13 postes dont 1 isolé.

Ce bloc accueille des chirurgies programmées et d'urgence en : **Traumatologie et orthopédie, Chirurgie viscérale, Gynécologie chirurgicale, Chirurgie des cancers (digestifs, mammaires, gynécologiques, thoraciques), Chirurgie vasculaire, Chirurgie reconstructrice, Neurochirurgie, Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie, Ophtalmologie, ORL et chirurgie maxillo-faciale, Cardiologie interventionnelle, Endoscopies digestives et bronchiques, Césariennes, UAV, AMP.**

Il est centre de recours pour la chirurgie rachidienne, la chirurgie vasculaire, lourde, la chirurgie thoracique et l'essentiel de la traumatologie des membres. Activité robotique urologique-gynécologique et viscérale.

Vous aurez sous votre responsabilité 16 IADE, 4 IDE et 14 AS.
Depuis juillet 2023, 3 IADE participent au fonctionnement de l'Unité d'accès Vasculaire : pose de PAC, Picline et midline.
Le Centre hospitalier de Bastia est aussi centre préleveur pour le PMOT
Poste 38 h semaine 25 CA+20 RTT+ 5 Congés spécifiques en lien avec l'insularité.
Participation à la permanence de l'encadrement le week-end et JF (1 à 2 WE par an).
CDD - CDI-Mutation.
Reprise ancienneté.
Possibilité de logement durant 3 mois.



CONTACT
Carine PIOTROWSKI
Tél. : 04 95 59 11 25 / 06 08 08 98 00
E-mail : carine.piotrowski@ch-bastia.fr

**Pour être informé.e.s,
représenté.e.s,
conseillé.e.s**

Adhérez



Syndicat National



des Infirmier(e)s-Anesthésistes



www.snia.net

SYNDICAT NATIONAL
DES INFIRMIER(E)S - ANESTHÉSISTES

📍 157 rue Legendre - 75017 Paris

☎ 01 40 35 31 98

✉ contact@snia.net

