

Levons l'incompréhension sur la relation IADE- Anesthésistes-Réanimateurs

Mis en ligne le 15 janvier 2016
Éditoriaux

Certains IADE se sont émus d'être tenues à l'écart des propositions de pratique avancée faites aux infirmières en général. Du point de vue de la SFAR, pour ce qui est de l'exercice de l'anesthésie, clairement, les IADE sont déjà en exercice de pratique avancée. Il faut donc que le Ministère le reconnaisse sans que les IADE soient amené(e)s à justifier de tâches supplémentaires pour prétendre à ce mode d'exercice.

Cependant, l'article 30 de la Loi de Santé qui définit l'exercice en pratique avancée pour les professions paramédicales ne semble pas pouvoir leur être appliqué en l'état. Un décret d'application de cet article devrait en effet fixer, pour chaque professionnel paramédical, « *les domaines d'intervention en pratique avancée* », « *les activités que le professionnel peut accomplir dans chacun de ces domaines d'intervention* », et « *en tant que de besoin, les types d'actes pouvant être réalisés de façon autonome par le professionnel* ». L'évolution de la sécurité de l'anesthésie avec un risque de mortalité liée à l'anesthésie chez les patients ASA 1 et 2, équivalent à celui des procédures industrielles de haute sécurité, incite à ne pas modifier les pratiques actuelles de l'anesthésie reposant sur le binôme médecin anesthésiste réanimateur – IADE, au risque de remettre en cause ce niveau de sécurité.

Quel intérêt y aurait-il à définir de nouvelles tâches ou actes que les IADE exerceraient en totale autonomie ? Ces professionnels assurent déjà au quotidien la surveillance des patients anesthésiés et la gestion de l'anesthésie, sur protocole médical et dans le cadre défini par les équipes médicales dans les services d'anesthésie-réanimation. L'autonomie médicalement encadrée existe très largement quand un médecin anesthésiste-réanimateur supervise 2 salles d'opération avec une IADE dans chaque salle. Aucune autre profession paramédicale n'a actuellement ce degré d'autonomie et de responsabilité dans la prise en charge des patients.

Tout aussi clairement, la consultation d'anesthésie doit rester médicale. La visité pré anesthésique va être simplifiée par modification du décret de 1994 et elle aussi restera médicale.

Enfin la pénurie médicale est en voie de correction (2500 internes d'anesthésie réanimation en formation actuellement, installation de nombreux médecins diplômés hors France), mais elle reste néanmoins auto-entretenu par le maintien de plateaux techniques dans des établissements ayant très peu d'activité, mais il s'agit là de décisions politiques...

En ce qui concerne le pré hospitalier, l'internat se modifiera en 2017 avec l'apparition d'un DES de Médecine d'Urgence. Les responsables de la Médecine d'Urgence ne sont plus des anesthésistes-réanimateurs et ont œuvré pour des services SAU-SAMU-SMUR autonomes donc avec du personnel IDE d'Urgence formé SAUV-pré hospitalier. L'anesthésie réanimation s'étant recentrée sur les blocs opératoires la médecine péri-opératoire et les réanimations, a perdu sa légitimité sur le terrain pré hospitalier ; la conséquence en est le retrait progressif des IADE de ce champ d'intervention pour recentrer leurs activités sur les blocs opératoires en collaboration étroite avec les anesthésistes-réanimateurs.

Professeur Claude Ecoffey

Président de la Sfar

15 janvier 2016 | [Edito du mois](#)