

Législatif sur la pose de midline.

Définition midline

Le « Midline » est un cathéter périphérique long (10-15 cm) mis en place au-dessus ou au-dessous du pli du coude dans des veines profondes (basilique ou céphalique). Il nécessite toujours l'utilisation d'un échographe et la technique de Seldinger (directe ou indirecte). L'intérêt d'un Midline est la préservation du capital veineux du patient et une diminution de l'inconfort que provoquent les multiples effractions veineuses (pose de cathéter et bilan sanguin).

[Le cathéter de type "Midline" peut-il représenter une alternative en réanimation ?](#)

Cette définition introduit plusieurs notions:

- Le cathéter est périphérique
- long
- induit la nécessité de ponctionner des veines profondes
- sous échographie
- selon la technique de Seldinger

Problématique

La problématique soulevée est de savoir si l'IADE peut satisfaire cet exercice selon son décret de compétences.

Cadre conceptuel

Selon le rapport Berland, Hénart, Cadet de 2011:

Dans le système de droit français, [l'article 4161-1 du Code de la santé publique](#) réserve aux seuls médecins l'établissement d'un diagnostic et le traitement de maladies.

Le critère légal de légitimité des interventions sur le corps humain retenu par le législateur est celui de la qualification professionnelle liée à l'obtention d'un diplôme ou d'un titre équivalent, véritable « permis de soigner ». La notion de qualification constitue donc la clé de voûte de cette organisation. Celle-ci est fondée sur l'inscription de l'intervention dans les cadres légaux et non sur une acception de la compétence qui renverrait uniquement à la mise en œuvre d'une combinaison de savoirs en situation (une façon adaptée et reconnue de faire et de se comporter) par les professionnels.

Les diplômes du secteur sanitaire possèdent des caractéristiques propres :

- Un diplôme est en relation avec un métier donné et un seul ;
 - Les diplômes s'inscrivent dans le cadre législatif et réglementaire qui précise les règles d'autorisation d'exercice des professions concernées ;
 - Lorsque la profession est réglementée, il est nécessaire de posséder le diplôme pour exercer le métier (diplôme d'exercice) ;
 - L'exercice des métiers paramédicaux s'effectue en dérogation à l'exercice illégal de la médecine, dans le cadre de décrets autorisant des actes et précisant le champ de responsabilité : Exercice médical par dérogation
-
- Le diplôme est considéré comme une garantie que la personne possède les connaissances et les savoir-faire nécessaires pour répondre à l'exigence de qualité des soins, garante de la sécurité du patient.

Décret de type mission pour les IADE

Rapport HAS avril 2008

[Délégation, transfert, nouveaux métiers... Comment favoriser les formes nouvelles de coopération entre professionnels de santé](#)

Recommandation HAS en collaboration avec l'ONDPS

La profession médicale se trouve définie par un « monopole médical ». Les interventions des autres professionnels de santé sont, pour leur part, conçues comme des dérogations à ce monopole au moyen de délégations. Pour les autres professions médicales (sages-femmes et odontologistes), ces dérogations sont autorisées dans le cadre d'un modèle d'intervention fondé sur les missions qui leur sont imparties. Pour les auxiliaires médicaux elles sont autorisées dans le cadre des décrets d'actes pris en application de [l'article L. 4161-1 \(dernier alinéa\) du code de la santé publique](#). Ces articles du CSP fixent la liste, limitative, des actes pouvant être délégués par un médecin à un paramédical – ceux-ci étant réalisés

soit sous le contrôle direct d'un médecin, soit sur sa prescription – et, dans le cas particulier des infirmiers, les actes pouvant être réalisés dans le cadre du « rôle propre ».

Ce cadre juridique définit en particulier les règles de la responsabilité des professionnels de santé. En effet, selon le droit pénal, seule la loi peut autoriser un professionnel à porter atteinte à l'intégralité corporelle d'un être humain et cette autorisation n'est ni transférable ni délégable.

Les infirmiers anesthésistes ont une « exclusivité d'exercice » reconnue par l'attribution d'actes spécifiques qui oblige les employeurs à un recrutement de diplômés.

Décret de type mission versus liste d'actes

[L'article R4311-12 du CSP](#) qui définit les pratiques professionnelles des IADE n'est pas bâti comme les décrets de compétences des autres infirmiers ou même, des autres paramédicaux, mais rédigé avant tout pour pouvoir couvrir la réalité de la pratique effective et pour intégrer la présence historique d'IADE originaire de la filière sage-femme (l'une des trois professions médicales). Il ne s'agit pas d'une liste exhaustive d'actes autorisés en dérogation de l'exercice illégal de la médecine et sur prescription médicale, comme pour tous les paramédicaux, mais au contraire d'une définition d'un exercice (paramédical) à compétences définies.

On parle ainsi d'un décret « mission » et non de liste d'actes.

Législation

[Décret n° 2017-316 du 10 mars 2017](#) relatif aux actes infirmiers relevant de la compétence des infirmiers anesthésistes diplômés d'Etat

RÉFÉRENTIEL D'ACTIVITÉS

Preamble:

[Arrêté du 23 juillet 2012](#) relatif à la formation conduisant au diplôme d'État d'infirmier anesthésiste NOR : AFSH1229694A

« Les référentiels d'activités et de compétences du métier d'infirmier anesthésiste diplômé d'État ne se substituent pas au cadre réglementaire. En effet, un référentiel n'a pas vocation à déterminer des responsabilités. 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). »

Cadre référentiel de l'IADE:

L'infirmier anesthésiste diplômé d'État travaille au sein d'équipes pluridisciplinaires, dans un cadre réglementaire défini, en collaboration et sous la responsabilité des médecins anesthésistes- réanimateurs.

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 extrahospitalières et lors de certains types de transports (SAMU, SMUR, autres transports sanitaires).

Sa formation et son expertise lui confèrent une aptitude supplémentaire au sein de ces différents sites.

Son expertise lui permet également d'intervenir en tant que personne ressource ou formateur, notamment en bloc opératoire et dans les unités de réanimation et urgences.

L'infirmier anesthésiste coordonne ses activités avec les services d'hospitalisation, médico- techniques et biomédicaux.

De par ses compétences acquises en formation, l'infirmier anesthésiste analyse, gère et évalue les situations dans son domaine de compétence, afin de garantir la qualité de soins et la sécurité des patients. L'infirmier anesthésiste réalise également des activités de prévention, d'éducation et de formation.

L'infirmier anesthésiste a une capacité d'intervention exclusive, dans le cadre d'une procédure d'anesthésie établie par un médecin anesthésiste-réanimateur.

L'infirmier anesthésiste analyse et évalue les situations et intervient afin de garantir la qualité des soins et la sécurité des patients en anesthésie-réanimation dans la période péri-interventionnelle. Ses activités concourent au diagnostic, au traitement, à la recherche. Il participe à la formation dans ces champs spécifiques.

Activités et compétences spécifiques en lien avec la pose du midline:

Activités:

2. Mise en œuvre et suivi de l'anesthésie en fonction du patient, de l'intervention et de la technique anesthésique :

– réalisation et/ou aide à la pose d'abords veineux adaptés (utilisation des techniques de repérage des voies veineuses périphériques par échographie) et à la mise en place du monitoring invasif et non invasif ;

Compétences selon l'annexe 2 :

5. Évaluer l'état vasculaire et discerner la nature des dispositifs intravasculaires en fonction de l'état physiologique et pathologique du patient, des impératifs chirurgicaux et anesthésiques

Le choix des abords vasculaires prend en compte :

- Le capital vasculaire ;
- La technique d'anesthésie et l'évaluation pré-anesthésique ;
- Les contraintes et risques en lien avec la chirurgie (installation, position, risque hémorragique...) ;
- Les suites opératoires ;
- La situation d'urgence ou de réanimation ;
- Les consignes pré-anesthésiques.

Positionnement médical:

Recommandations concernant les relations entre anesthésistes-réanimateurs et chirurgiens, autres spécialistes ou professionnels de santé
EDITION DECEMBRE 2001

Le Conseil national de l'ordre des médecins, en connaissance de cette rédaction du décret, a précisé dans ses [recommandations concernant les relations entre anesthésistes-réanimateurs et chirurgiens, autres spécialistes ou professionnels de santé](#), de décembre 2001 :

» *Un certain nombre de responsabilités demeurent du ressort exclusif du médecin anesthésiste-réanimateur dans ses rapports avec l'infirmier anesthésiste, telles que :*

-la mise en œuvre de techniques invasives (pose de voies veineuses profondes, sondes de Swan-Ganz)

Analyse :

- Ne jamais omettre qu'un référentiel n'a pas vocation à déterminer des responsabilités
- Tout comme une recommandation n'a pas valeur de législation

Il faut alors s'interroger de ce qui est acté pour ensuite faire apparaître ce qui semble litigieux avant de proposer des pistes de réflexion :

L'IADE peut :

- Évaluer l'état vasculaire et discerner la nature des dispositifs intravasculaires
- Utiliser la technique de [Seldinger](#) qui n'est autre que celle utilisée lors de la pose de cathéter artériel
- Réaliser et/ou aider à la pose d'abords veineux adaptés (utilisation des techniques de repérage des voies veineuses périphériques par échographie) et à la mise en place de monitoring invasif et non invasif.

Dès lors il faut s'interroger de l'intérêt d'intégrer cette compétence au référentiel IADE si ce n'est pour permettre la ponction d'une voie veineuse profonde et/ou artérielle dans des conditions de confort et de sécurité.

La recommandation de Décembre 2001 ne semble faire aucune distinction entre la ponction de la voie veineuse profonde pour l'insertion d'un dispositif à distalité centrale, d'un dispositif qualifié de périphérique.

Dans le premier cas, la compétence est médicale et peut-être déléguée sous couvert d'un protocole relevant de l'article 51.

Dans le second cas, nous pouvons nous référer aux règles de pose d'un dispositif périphérique sous couvert de disposer d'une compétence spécifique relevant de l'utilisation des techniques de repérage des voies veineuses périphériques par échographie) et à la mise en place du monitoring invasif et non invasif.

Ces compétences font partie intégrante du référentiel des IADE.

Si l'on se réfère à l'article 4161-1, l'exercice illégal de la médecine ne concerne que les actes thérapeutiques ou diagnostiques.

Bien que le midline soit un dispositif long, il est considéré comme un cathéter périphérique du fait de la distalité de son extrémité dans la veine axillaire.

Ce point ne soulève aucune ambiguïté.

Ambiguïtés et questionnements :

Nous pouvons légitimement nous interroger sur les freins au développement de cette technique.

À ce jour, la recommandation de la SFAR de Décembre 2001 ne lève pas l'ambiguïté sur la possibilité de ponction d'une voie veineuse profonde par l'IADE afin d'y insérer un cathéter périphérique.

Ce positionnement induit des réserves pour le corps enseignant des écoles d'IADE ainsi que pour certains professionnels qui redoutent une interprétation législative négative en cas de procédure à leur encontre.

Nombre de professionnels et de structures n'ont cependant pas adopté cette posture et se sont engagés à former en interne des IADE qui officient à travers tout le territoire.

Un Protocole Hospitalier de Recherche Infirmière et paramédicale (PHRIP) a d'ailleurs validé une étude intégrant ces pratiques par des IADE.

Face à plusieurs jurys constitués d'entités officielles, cette pratique n'a pas été relevée comme exercice illégale de la médecine.

Plusieurs études viennent corroborer la légitimité de ce positionnement.

Un réseau est par ailleurs développé par les professionnels participant à ce travail de recherche.

Il ne cesse de croître et répond aux besoins sanitaires en veillant à satisfaire l'offre de soins dans des conditions sécuritaires permettant une épargne de temps médical sous couvert d'un exercice collaboratif.

Il serait souhaitable d'intégrer ces professionnels dans l'enseignement de cette technique au sein des écoles et des structures hospitalières.

Une seconde orientation est suggérée au travers de la création d'un protocole de coopération article 51.

Il faut s'interroger du bien-fondé de cette démarche qui risque de freiner l'accès à ces pratiques et de précariser l'offre de soin du fait de la complexité du processus qui reçoit un accueil très mitigé là où l'accès à une formation continue et/ou intégrée à l'enseignement est attendue par une immense majorité de la profession ce qui n'a pas échappé à une association professionnelle de structures de formation aux métiers de santé, tel que le CEFIEC.

Il nous faut clarifier ces pratiques par un exercice et des pratiques collaboratives en provoquant les échanges entre professionnels et tutelles autour des patients.

Le bureau de la SOFIA

*Société Française des
Infirmier(e)s Anesthésistes*

