



Paris, le 05 novembre 2009

Professeur Jacques FUSCIARDI
Président du Comité Vie Professionnelle
de le SFAR
Département d'Anesthésie Réanimation II
CHU Trousseau - Chambray les Tours
37044 TOURS Cedex 1

Monsieur le Président,

Le comité Vie Professionnelle de la SFAR a été récemment interrogé sur la possibilité de laisser des IDE de réanimation et de SSPI extuber dans le respect d'un protocole établi par les médecins anesthésistes et l'IADE du service.

Nous sommes pour le moins déconcerté par la réponse que vous avez publiée dans la revue Vigilance n°17 de septembre dernier :

1- Vous relevez que l'article R 4311-9 du Code de Santé Publique, qui concerne les actes que l'infirmier est habilité à accomplir sur prescription médicale écrite, qualitative et quantitative, datée et signée, les soins et surveillance des personnes en post-opératoire, sous réserve des dispositions prévues à l'article R.4311-12. Dans le même ordre d'idée, je vous revoie à l'article 4311-7, qui concerne les actes que les infirmiers sont habilités à pratiquer sur prescription ou sur protocole médical écrit, signés et datés, qui mentionne en son alinéa 22 les « soins et surveillance d'un patient intubé ou trachéotomisé ».

Mais il n'est pas évident que l'infirmier habilité à **surveiller** les patients intubés puisse les **extuber**. En effet, l'acte d'extubation ne fait partie en rien de la surveillance, mais constitue plutôt un acte distinct.

Par ailleurs, l'acte d'extubation n'est pas prévu en tant que tel aux articles R.4311-1 et suivants du Code de Santé Publique qui « listent » les actes pour lesquels les infirmiers sont compétents.

Quand à l'IADE, il semble davantage établi qu'il dispose d'une compétence pour une extubation, puisque l'article R.4311-12 qui lui est consacré l'autorise à assurer les actes techniques relevant de l'anesthésie en SSPI, actes dont fait partie expressément l'extubation.

2- Vous citez ensuite l'article D.6124-101 du CSP (article D.712-49 du décret 94-1050 du 5 décembre 1994) issu du décret dit « de sécurité en anesthésie » et dont la SFAR est si fière d'en avoir porté le projet, qui précise entre autre que dans la SSPI « le personnel paramédical (dont si possible un infirmier anesthésiste) est placé sous la responsabilité d'un médecin anesthésiste-réanimateur qui intervient sans délai ». Mais lorsque vous écrivez que ce même médecin n'est pas forcément présent dans l'enceinte de la SSPI, mais qu'il peut intervenir sans délai, vous laissez alors des IDE extuber sur protocole sans la présence physique du médecin dans la salle.

Dans ce cas, l'attitude de la SFAR est consternante quand dans un courrier datant de l'été dernier, son conseil d'administration avançait que les IADE ne devraient pas procéder à l'extubation **sans la présence d'un médecin anesthésiste** alors qu'ils sont les seuls infirmiers à en avoir la formation, les compétences et l'autorisation.

Il faut peut-être rappeler aussi, que si ce décret a rendu obligatoire la consultation pré anesthésique, la SSPI et la surveillance permanente peranesthésique avec tous les moyens nécessaires, il a totalement omis de préciser la compétence du personnel qui procède à cette surveillance.

En effet, bien que fondamental, ce point n'est toujours pas abordé dans le Code de la Santé Publique. Et la SFAR semble bien vouloir garder le flou le plus complet sur ce point, à en juger sur la demande de celle-ci lors de la dernière réunion de concertation sur les projets de décrets relatifs aux activités de soins de médecine et de chirurgie de supprimer l'art. D.6124-C4 pourtant co-rédigé avec la DHOS et le SNIA par Messieurs CARLI et MARTIN : L'établissement autorisé à pratiquer l'activité de soins de chirurgie organise la sécurité anesthésique de cette activité dans les conditions fixées par les articles D. 6124-91 à D. 6124-103 du code de la santé publique.

« Lorsque l'intervention chirurgicale nécessite une anesthésie générale ou loco-régionale, un médecin anesthésiste-réanimateur ou, à défaut, un infirmier anesthésiste est présent auprès du patient dans la salle d'intervention chirurgicale, pendant la durée de l'intervention jusqu'à l'arrivée du patient dans la salle de surveillance post-interventionnelle. Un médecin anesthésiste-réanimateur est en mesure d'intervenir auprès du patient sur appel et à tout moment ».

Cette précision dans le Code de santé publique pourrait sanctionner de nombreuses dérives qui s'opèrent chaque jour dans de nombreux établissements.

3- Enfin, vous concluez en considérant « l'état dominant d'une pratique dans un pays ». Dans ce cas, les IADE peuvent efficacement faire évoluer leur référentiel de compétence actuellement en cours de rédaction à la DHOS et dont vous êtes un actif participant. Si la SFAR est favorable à accepter les dérives et les délégations de tâches pour les infirmiers de SSPI et de réanimation, pourquoi toujours remettre en cause cette réalité qu'est la pratique quotidienne et « dominante » des IADE qui contribuent très largement à l'activité et au développement de l'anesthésie en France et qui restent somme toute les garants d'une sécurité certaine en anesthésie.

La Société Française d'Anesthésie-réanimation, société savante de la spécialité et porteuse de son évolution, se doit d'avoir un positionnement plus cohérent et accepté par les équipes d'anesthésie du terrain.

Dans l'attente d'une réponse visant à apaiser les infirmiers anesthésistes, je vous prie d'agréer, Monsieur le président, l'expression de mes salutations distinguées.

M.A. Saget
Présidente

Copies : Pr Pierre CARLI
Dr Laurent JOUFFROY