



PRATIQUES ENCADRANT LE DISPOSITIF MIDLINE

(Avril 2025)

Cette publication fait suite à une interpellation de nos collègues infirmières libérales. Elle concerne des problématiques, en lien avec l'ablation à domicile de dispositifs de type midline, dans le cadre de leur exercice prescrit.

Il leur est rappelé que la réalisation de cet acte nécessite de définir un parcours assurant l'intervention sans délai d'un médecin responsable.

Avant d'appréhender le contextuel en lien, le bureau de la SOFIA, tient à rappeler qu'il n'a nullement prétention ou vocation à procéder aux arbitrages, mais à recueillir les argumentaires tenus, pour les confronter dans une analyse pouvant mettre en exergue les éléments de discernement et les points d'achoppement relevés, afin de les proposer en lecture à la profession ou aux tutelles requérantes.

Contexte :

Depuis quelques années, l'émergence de nouveaux parcours dans le domaine des accès vasculaires, est observée.

La profession des Infirmier(e)s Anesthésistes Diplômés d'État (IADE) s'inscrit depuis de plusieurs décennies, dans ces pratiques. Il faut reconnaître que depuis l'apparition de leur pratique, les IADE sont identifiés comme les acteurs de prédilection du traitement des demandes d'accès veineux difficiles. Au-delà, de la dimension privilégiée offerte par les services de haute technicité dans lesquels ils exercent, les IADE ont démontré une réelle appétence à satisfaire cette offre de soins en l'intégrant dans leur quotidien professionnel.

Cette aptitude est d'ailleurs l'illustration parfaite de la dichotomie relevée entre leur exercice officieux et une compétence avérée, disposant d'un référentiel de formation, de compétence en lien avec l'exercice, aujourd'hui retranscrit dans une demande de reconnaissance de pratique avancée de la profession IADE.

[schéma d'orientations pour le devenir de la profession d'infirmier\(e\) anesthésiste diplômé d'état \(IADE\)](#)

Les développements en matière d'accès veineux en sont la parfaite retranscription, puisque reprennent l'ensemble des compétences attendues à savoir :

- Un exercice clinique expert
- Collaboratif avec l'ensemble du corps médical et non restreint à un rôle coopératif de spécialité
- Une approche holistique par l'établissement de parcours dédiés
- Promulguer la recherche au travers de programme hospitalier de recherche infirmière et paramédicale (Phrip)
- Le leadership
- Des activités de consultation et de prescription
- Une dimension éthique, sécuritaire et économique.

Si cette orientation est le modèle retenu dans le modèle anglo-saxon, la France, toujours très attachée à son modèle dogmatique médico-centré, a préféré retenir un développement évalué comme restrictif par ses propres tutelles, retranscrit au travers des protocoles de coopération.

La profession IADE a ainsi perçu un modèle légitime d'émancipation là où les acteurs médicaux y ont perçu une délégation savamment contrôlée.

La SOFIA ayant investi ces pratiques depuis fort longtemps n'a eu cesse de s'attacher à ses développements, que ce soit en matière de publications, de formation ou de compagnonnage pour des créations d'Unités d'Accès Vasculaires (UAV), de travaux de recherche, de parcours...

Le regard porté s'inscrivait dans ce schéma : [Législatif sur la pose de midline](#).

Inscrit dans une pratique : [Formation des IADE à la pose de midline](#)

Pour autant, la profession IADE a porté une stratégie différente et pondérée :

[Procès-verbal séance du collège délibératif jeudi 23 juillet 2020 \(HAS\)](#)

Les protocoles de coopération ayant une valeur expérimentale permettant de redéfinir les contours des nouveaux exercices, la SOFIA fut consultée dans le cadre de diverses missions, comme l'évaluation des protocoles de coopérations ou la reconnaissance de l'exercice IADE en pratique avancée.

Chaque fois, l'évidence de notre exercice portée, fut opposée au regard dogmatique relevé. Ainsi, douze ans après la rédaction du protocole de coopération sur la « [pose de voies veineuses centrales par l'infirmière](#) » les avancées sont contenues voire inexistantes.

Il conviendrait, bien évidemment de satisfaire l'exercice d'évaluation menant à interroger le nombre de personnes inscrites auprès de la Haute Autorité en Santé dans le cadre de ce protocole, d'interroger les experts assureurs professionnels afin d'évaluer la sinistralité en regard...pour la énième fois.

Il nous serait alors rappelé d'écouter pieusement l'éternel laïus du CNPARMPO rappelant la conviction profonde et immuable que l'exercice d'anesthésie est purement médical, pour rappeler ô combien le décret du 5 décembre 1994 doit servir de référentiel. Nous leur conseillons d'ailleurs de proposer de l'inscrire dans la Constitution...

Nous nous sommes déjà astreint à tout cela, pour que dans sa mission d'évaluation, des protocoles de coopération*, Mr le Député Isaac-Sibille établisse cette recommandation :

Recommandation n°7 Définir, au niveau du CNCI, une grille de critères permettant d'identifier les protocoles les plus susceptibles de sortir d'un cadre dérogatoire pour être pérennisés, soit dans les compétences de la profession socle concernées, soit dans le cadre d'une pratique avancée.

[162] Pourraient être étudiés en priorité :

- Les protocoles visant à permettre à un professionnel de réaliser sans supervision un acte qu'il peut déjà réaliser sous supervision (compétences déjà acquises) ou dont l'apprentissage est déjà inclus dans sa formation initiale (ex.: pose de voie veineuse centrale pour les IADE) ;

*L'organisation des professions de santé : quelle vision dans dix ans et comment y parvenir ? (Cyrille Isaac-Sibille.. Rapport d'information, n° 4319. Commission des affaires sociales Assemblée nationale. 7 juillet 2021)

Bien évidemment la distinction avec les midlines, voie veineuse périphérique, est relevée puisque les protocoles distinguent chaque acte.

Plutôt que de s'attacher à mettre en évidence que la pose d'un piccline est sécuritaire, très similaire dans la réalisation et plus complexe que celle d'un midline, certains acteurs se sont évertués à mettre en évidence la taille du dispositif ou la notion de profondeur qu'il est parfois difficile d'apprécier au centimètre près, si l'on considère les variabilités anatomiques en lien avec la localisation de la ponction.

Ils ne manquent pas non plus de nous affubler d'une énorme responsabilité en cas de complication, en lien avec un législatif qu'ils imposent et d'une pratique qui n'a plus rien de coopérative, au point d'être relevée comme réalisable sans supervision.

Nous nous autoriserons même à y adjoindre la nécessité d'y associer le premier recours, la consultation et la primo-prescription, aujourd'hui observée et relevée dans la pratique IADE.

Tout cela étant posé, pourquoi s'intéresser à l'interpellation de nos collègues IDEL ?

Tout simplement parce que ces pratiques s'intègrent dans une approche parcours qui va de la formation des étudiants, à la gestion des complications dans le suivi post pose jusqu'à l'ablation. Aucun aspect n'est absent de nos prises en charge.

L'arbitrage proposé sur un versant purement législatif, en complet décalage avec les pratiques actuelles relevées par nos tutelles, trouve ainsi son point de rupture.

Les professionnels alertent, informent, communiquent, s'astreignent aux évaluations, relèvent les conclusions favorables et sont aujourd'hui las de ce statu quo comme seule réponse.

La simple évocation de création de cotations spécifiques IADE, lors de la 4^{ème} réunion de concertation sur la pratique avancée des IADE, en date du 11 mai 2022, était

purement et simplement balayée d'un refus catégorique et de menaces de clore le simulacre : [Rapport et analyse des réunions IGAS sur la pratique avancée des infirmiers anesthésistes](#)

Face à ce constat, nous ne pouvons qu'être solidaires de nos collègues IDEL en veillant à informer notre profession et en appelant à faire intégralement respecter ces procédures afin d'en démontrer l'absurdité.

Nous rappelons, à chaque IADE, que dans ces conditions définies par les tutelles et les représentants médicaux, la pose d'un midline nécessite :

- D'être spécifiquement formé et d'être en mesure d'en assurer l'effectivité
- D'être enregistré auprès de l'ARS de sa région d'exercice, dans le cadre d'une adhésion au protocole de coopération spécifique [local](#) ou [national](#).
- De veiller à justifier d'un accord d'exercice et d'une assurance spécifique de son employeur
- De veiller sur les conditions de maintien de ces expertises par un nombre d'actes /an/ poseur.
- D'en assurer la traçabilité.
- D'informer le patient de l'intégralité de ces conditions et de veiller à ce que ce dispositif soit retiré dans des conditions permettant l'intervention immédiate d'un médecin.
- Il n'est bien évidemment pas possible de former un médecin, un interne ou un assistant, à ces pratiques.

Nous tenons à vous informer que si l'une de ces conditions n'était pas remplie, votre responsabilité individuelle sera retenue en cas d'incident ou de simple événement indésirable.

Nous ne pouvons que déplorer ces orientations et vous inviter à en dénoncer l'écart observable avec vos pratiques.

La SOFIA rappelle ainsi que l'exercice IADE est de type mission.

La prochaine réforme du décret infirmier doit considérer ces questionnements pour apporter une clarification auprès de l'ensemble des professionnels et patients concernés. Les activités de nos collègues IDEL s'inscrivent pleinement dans ces considérations et nous leur adressons notre plein soutien.

Les arbitrages ne peuvent être appréhendés sous la seule dimension juridique qui servirait alors de référentiel. Au contraire, c'est à ce dernier de s'adapter aux besoins identifiés par des décisions concertées, afin de promulguer et de sécuriser les pratiques explorées : « *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)." ([référentiel de compétences infirmier anesthésiste](#))

Il vous appartient de partager ces observations et de faire valoir les argumentaires en lien, dans une réflexion commune, par une approche holistique.

Depuis qu'elle en a investi l'exercice, la SOFIA s'est attachée à porter ces analyses auprès des tutelles, pour évaluation.

Ces dernières ont satisfait leur rôle de médiation pour élaborer cette recommandation qui ne fait que reprendre nos orientations : « *définir, au niveau du CNCI, une grille de critères permettant d'identifier les protocoles les plus susceptibles de sortir d'un cadre dérogatoire pour être pérennisés, soit dans les compétences de la profession socle concernées, soit dans le cadre d'une pratique avancée.* »

Cette orientation est reconduite dans le rapport : « [Concertation sur la pratique avancée Infirmière](#) » ; [J. Debeaupuis, P. Blémont, août 2022](#), sans pour autant à ce jour, bénéficier des ajustements préconisés.

La responsabilité appartient désormais à nos élus et décideurs. C'est à ces derniers d'en assumer la pleine responsabilité et en rendre compte auprès des usagers.

Pour la SOFIA

Damien BRAULT - Bruno PHILIBIEN

IADE (formés et entraînés à la pratique de la pose de dispositifs veineux écho guidés)

