

***L'infirmier(e)-anesthésiste au cœur d'un système de  
santé réformé***

*Contribution au « Ségur de la Santé »*



*Paris, le 03 juin 2020*

## TABLE DES MATIERES

<b>INTRODUCTION</b> .....	1
<b>FORMATION ET IDENTITÉ PROFESSIONNELLE</b> .....	2
<b>La première formation infirmière de grade Master en France</b> .....	2
Orientation finale concernant la formation : .....	3
<b>Des professionnel(le)s expérimenté(e)s</b> .....	3
<b>POLYVALENCE D'EXERCICE ET COMPETENCES EXPERTES : RETOUR D'EXPERIENCE CRISE COVID-19</b> .....	4
<b>En chiffres</b> .....	5
L'engagement professionnel : .....	5
Les affectations : .....	5
Quelques exemples de contributions : .....	5
<b>LE STATUT D'UNE PROFESSION A HAUTES RESPONSABILITÉS</b> .....	6
Orientation finale concernant le statut : .....	6
<b>LA CARRIÈRE ET LA RÉMUNÉRATION</b> .....	7
Orientation finale concernant la carrière et la rémunération : .....	8
<b>PERSPECTIVES D'EXERCICE ÉLARGIES DANS UN SYSTEME HOSPITALIER RÉFORMÉ</b> .....	8
<b>La participation à l'analyse clinique et à l'accompagnement péri opératoire</b> .....	8
Orientation finale concernant la participation à l'analyse clinique et l'accompagnement péri opératoire : .....	10
<b>La prescription limitée</b> .....	10
Orientation finale concernant la prescription limitée .....	10
<b>La gestion de la douleur péri opératoire</b> .....	11
Orientation finale concernant la gestion de la douleur péri opératoire : .....	12
<b>L'activité pré hospitalière</b> .....	12
Orientation finale concernant l'activité pré hospitalière : .....	13
<b>La réalisation des abords vasculaires</b> .....	13
Orientation finale concernant la réalisation des abords vasculaires : .....	13
<b>LE DIALOGUE SOCIAL</b> .....	14
<b>La gouvernance hospitalière</b> .....	14
<b>L'expression du droit de grève dans la fonction publique hospitalière</b> .....	14
<b>L'avis consultatif au Conseil Supérieur de la Fonction Publique Hospitalière</b> .....	14
<b>CONCLUSION</b> .....	15
<b>SYNTHÈSE DES ORIENTATIONS D'AVENIR POUR LA PROFESSION IADE</b> : .....	16

## INTRODUCTION

Dans les conditions de crise sanitaire sans précédent que nous venons de traverser, le système de santé français a montré ses limites et ses carences. Dans le même temps, cette épreuve a mis en lumière un certain nombre de professions qui ont participé au maintien à flot d'un système sanitaire fragilisé par des décennies de carences budgétaires. La profession d'infirmier(e)-Anesthésiste fait partie de celles-là ! En participant activement à l'organisation et à la gestion de cette situation inédite les infirmier(e)s-Anesthésistes (IADE) ont démontré leur polyvalence et leur expertise.

Au travers de leurs organisations professionnelles représentatives, les infirmier(e)s-anesthésistes ont initié de longue date une réflexion autour de leur exercice professionnel, de leur place au sein du système de santé et de l'adaptation de leur formation aux nouveaux enjeux de l'anesthésie-réanimation, de l'urgence pré-hospitalière et du traitement de la douleur. Sous l'égide des gouvernements successifs et en collaboration avec les organisations représentatives médicales, la profession a su réformer sa formation menant au diplôme d'Etat d'IADE pour répondre aux exigences de l'universitarisation<sup>1</sup>.

Dans le contexte de réforme du système de santé engagée par le gouvernement, les spécificités de notre profession peuvent permettre l'élargissement de son cadre d'exercice. Le développement d'activités d'évaluation clinique, la reconnaissance de la prescription limitée, la pose et gestion des différents types d'abord vasculaires, la réalisation de certaines anesthésies locorégionales, la participation à la gestion de la douleur péri-opératoire, la simplification du parcours ambulatoire, le leadership clinique en Salle de Surveillance Post Interventionnelle et en service de réanimation ainsi que les activités pré-hospitalières (réponse graduée à l'urgence et Transport Infirmier Inter Hospitalier) sont des domaines à explorer.

Ces mesures sont à même de permettre une amélioration de la qualité soins, une réduction des files actives de patients en démultipliant le nombre d'actes par établissement et en libérant du temps médical pour les parcours cliniques les plus complexes.

**Les infirmier(e)s-anesthésistes réclament de longue date une reconnaissance statutaire à la hauteur de leur niveau d'étude et de compétences avancées. Pour autant, loin de se reposer uniquement sur leurs missions actuelles pour revendiquer ce statut, notre profession reste force de propositions et continue à porter des objectifs de performance et de contribution accrue au système de santé français.**

---

<sup>1</sup> Evaluation de la formation conduisant au diplôme d'Etat d'infirmier anesthésiste, en vue de la délivrance du grade de master (AERES 2012) [snia.net/uploads/7/7/8/5/7785148/rapport\\_iade.pdf](https://snia.net/uploads/7/7/8/5/7785148/rapport_iade.pdf)

### LA PREMIERE FORMATION INFIRMIERE DE GRADE MASTER EN FRANCE

La formation IADE répond aux exigences d'une formation universitaire « professionnalisante » par une acquisition de compétences au travers d'une alternance entre apprentissages théoriques et cliniques. Il est opportun de placer notre formation dans son macro-environnement ; l'Europe et de comparer avec les références anglo-saxonnes de l'International Federation of Nurse Anesthetists (IFNA<sup>2</sup>).

Selon le guide ECTS<sup>3</sup> (UE, 2015<sup>4</sup>) le Cadre de Certification Européen (CEC) définit « les compétences comme étant la capacité à utiliser ses savoirs, aptitudes et capacités personnelles, sociales et/ou méthodologiques dans des situations de travail ou d'études et dans le cadre du développement professionnel et personnel [...] décrites en termes de responsabilité et d'autonomie. »

L'Arrêté de formation du 23 juillet 2012<sup>5</sup> a été construit dans un contexte d'« universitarisation » pour répondre à un programme d'enseignement de second cycle, niveau Master. L'association de ce grade Master au diplôme d'état infirmier-anesthésiste répond à une évolution et une harmonisation des formations de spécialisation selon les directives européennes.

En fin de cycle, l'étudiant diplômé aura accumulé 5 ans d'étude avec un minimum de deux années d'exercice infirmier. Selon la description de l'European Qualification Framework (EQF), la formation se trouve au niveau 7 et permet l'attribution de 120 ECTS (60 théoriques et 60 cliniques). Ces 120 ECTS s'ajoutent aux 180 déjà obtenus pour la formation infirmière initiale portant le tout à 300 ECTS.

Le même guide (ibid.) décrit le système ECTS : « centré sur l'apprenant à des fins d'accumulation et de transfert de crédits, et s'appuie sur le principe de transparence des processus d'apprentissage, d'enseignement et d'évaluation. Il a pour objectif de faciliter la planification, la mise en œuvre et l'évaluation des programmes d'études et la mobilité des étudiants en reconnaissant les résultats d'apprentissage, les certifications et les périodes d'apprentissage.

De ce fait, l'apprentissage permet d'acquérir des connaissances hautement spécialisées dans le domaine de soins en anesthésie, ce domaine comprenant les périodes pré, per et post-interventionnelles, et dans celui des soins d'urgences et de réanimation. »

Le parcours permet l'acquisition des compétences spécialisées en matière de résolution de problèmes pour contribuer à la recherche et/ou à l'innovation afin de développer de nouvelles connaissances et procédures mais aussi d'intégrer des connaissances provenant de différents domaines et disciplines. Ainsi l'identité professionnelle subit une transformation en termes de responsabilité et d'autonomie. L'objectif pédagogique final vise à gérer des contextes professionnels complexes, imprévisibles et nécessitant de nouvelles approches. Progressivement, les étudiant(e)s infirmier(e)s-anesthésistes assument une responsabilité contribuant aux connaissances et pratiques professionnelles, mais aussi examinant les performances stratégiques.

L'identification des différents rôles ou postures permet la construction de la relation entre l'étudiant et son futur profil professionnel. L'IFNA propose des standards à partir des « CanMEDS<sup>6</sup> » décrivant 6 rôles différents : expert, communicateur, collaborateur, manager, promoteur de la santé, apprenant et enseignant. Ces postures sont parfaitement applicables aux futurs professionnels IADE.

---

<sup>2</sup> <https://ifna.site/>

<sup>3</sup> European Credit Transfer and Accumulation System

<sup>4</sup> [https://ec.europa.eu/education/ects/users-guide/docs/ects-users-guide\\_fr.pdf](https://ec.europa.eu/education/ects/users-guide/docs/ects-users-guide_fr.pdf)

<sup>5</sup> Arrêté du 23 juillet 2012 relatif à la formation conduisant au diplôme d'Etat d'infirmier anesthésiste

<sup>6</sup> <http://canmeds.royalcollege.ca/fr/apropos>

Nous pouvons donc, par ce focus sur la formation, déclarer que celle-ci s'est construite à partir des attentes et besoins du terrain en privilégiant la reconnaissance du parcours de formation spécialisée par l'intégration des indicateurs internationaux. **Non seulement nous répondons aux directives européennes mais nous sommes aussi en mesures de trouver des similitudes majeures dans l'identité professionnelle avec les infirmier(e)s-anesthésistes américains reconnus par leurs pratiques avancées et leur haut niveau d'autonomie et responsabilité.**

---

## ORIENTATION FINALE CONCERNANT LA FORMATION :

La profession infirmière-anesthésiste revendique :

- **La reconnaissance pleine et réelle du grade master de la formation d'IADE,**
- **une centralisation nationale des commissions d'autorisation d'exercice professionnel avec des experts ayant la connaissance des programmes de formation à l'étranger,**
- **une lutte contre la fragmentation décisionnelle concernant la formation IADE engendrée par la disparité dans les positionnements des gouvernances régionales,**
- **une identification précise du ministère responsable de la formation à part entière,**
- **une mise en valeur et une reconnaissance des qualifications des équipes pédagogiques.**

## DES PROFESSIONNEL(LE)S EXPERIMENTE(E)S

Une période pré-requise d'exercice professionnel infirmier(e) en soins généraux de 2 ans est nécessaire pour pouvoir se présenter au concours d'entrée à la formation IADE et entamer les 24 mois de formation. Il a été démontré dans les enquêtes du CEEIADE<sup>7</sup> que cet exercice se déroule majoritairement dans des services de soins critiques (Réanimation, Urgences, SSPI,...). Cette expérience en soins généraux est plébiscitée par la profession (92 % des IADE attachés à ce prérequis). Elle est reconnue comme essentielle dans le cursus de professionnalisation des IADE qui bénéficient ainsi d'un socle fiable de compétences infirmières dès leur entrée en formation.

Les sciences de l'anesthésie, de la réanimation et des soins d'urgences sont en constante évolution. De sa formation initiale à son exercice quotidien, l'ensemble de la filière infirmière-anesthésiste améliore ses pratiques et développe de nouvelles techniques de soins dans ses différents champs de compétences. **Ces professionnels de santé acquièrent ainsi des capacités à se responsabiliser, communiquer et travailler en équipe autour de projets cliniques.**

L'investissement des IADE dans la mise en place de protocoles de coopération a permis un accès plus rapide de la population à certains soins tout en en garantissant l'efficacité et la sécurité. Ces projets ont donc développé la réflexivité soignante et élargi le panel des soins dispensés.

La Grande Enquête IADE 2018 menée par le Syndicat National des Infirmier(e)s-Anesthésistes<sup>8</sup> a démontré que les IADE étaient très présents dans de nombreuses instances hospitalières. Cela montre une volonté de porter les valeurs en faveur de la qualité des soins. **Cette implication institutionnelle illustre ce positionnement en membres proactifs de la communauté hospitalière et leur souhait d'influer sur les décisions organisationnelles des établissements.**

Cette enquête du SNIA relève également une forte présence d'IADE dans les structures de formation telles que les Centres de simulation et les Centres d'Enseignement des Soins d'Urgence. Cela confirme que la profession porte en elle les gènes de la transmission des savoirs que ce soit dans le cadre de formations ou lors de l'accompagnement personnalisé des étudiants médicaux et paramédicaux.

---

<sup>7</sup> CEEIADE: Comité d'Entente des Écoles d'Infirmier(e)s-Anesthésistes Diplômé(e)s D'Etat

<sup>8</sup> <https://www.snia.net/enquete2018.html>

C'est bien sûr dans les services de réanimation et au sein des salles de surveillance post-interventionnelle que ce leadership prend sa forme la plus tangible. L'infirmier(e)-anesthésiste y assure un rôle de référent pour les soins techniques, initie des projets qui participent à développer les compétences de l'équipe (encadrements, formations, protocoles, référentiels, vigilances...) et introduit des innovations qui œuvrent à la dynamique d'amélioration de la qualité des soins.

**Les infirmier(e)s-anesthésistes assument assez aisément ce rôle d'initiateur au sein des équipes pluridisciplinaires ainsi que lors de la prise en soin des patients qui leur sont confiés. Dans des fonctions transversales dans lesquelles ils s'impliquent, les infirmier(e)s-anesthésistes initient et influencent les décisions d'équipes, ils se placent de fait en situation de leadership clinique et organisationnel.**

## **POLYVALENCE D'EXERCICE ET COMPETENCES EXPERTES : RETOUR D'EXPERIENCE CRISE COVID-19**

**La ressource en personnel qualifié que constitue la profession infirmière-anesthésiste a permis de créer en un temps record des unités éphémères de réanimation, des unités dédiées au CoVid-19, des solutions de prise en charge pré-hospitalière et de transports inter hospitaliers.** Dans ce contexte, les infirmier(e)s-anesthésistes ont pu compter sur leurs bagages techniques et leurs raisonnements cliniques pour faire preuve d'adaptabilité face à des situations de soins inhabituelles rencontrées au cours de leur activité au sein des services qu'ils ont renforcé. L'autonomie et le leadership des IADE a été un élément important dans la prise en charge des patients « CoVid-Positifs », en participant activement à leur prise en charge clinique et technique, ils ont libéré du temps médical et sécurisé les filières de soins.

Les IADE cadres de santé ont organisé la mutation des unités, formé les professionnels. Les IADE ont pris une part active dans la montée en compétence des équipes de soins et dans les prises en charge des patients au sein de l'ensemble des services de soins critiques. Enfin, les étudiant(e)s infirmier(e)s-anesthésistes ont aussi pris une part importante dans le renfort soignant. Tous ces engagements n'ont pu aboutir que grâce à la pluridisciplinarité de la profession. **Cette adaptabilité a autorisé le maintien des activités chirurgicales urgentes et/ou non « différables » tout en garantissant une souplesse organisationnelle permettant un renfort des équipes de réanimation, des urgences, des SAMU/SMUR et des secteurs d'hospitalisation en tension.**

La formation et le mode d'exercice permettent à la profession d'infirmier(e)-anesthésiste de se positionner depuis des décennies comme une sorte de lien tangible entre les différentes activités de soins spécifiques que sont l'anesthésie-réanimation, l'urgence et la gestion de la douleur. Ces dernières années, ce lien n'a pas toujours été facile à maintenir. Les tropismes politiques, développant toujours plus le médico centrisme et rationalisant à l'excès les activités paramédicales, ont cherché à enfermer et à réduire l'exercice des IADE à un rôle d'exécutant en anesthésie.

**Il aura fallu une crise sanitaire d'une ampleur rare pour mesurer l'intérêt d'une profession comme la nôtre et démontrer son utilité sociétale en dehors du bloc opératoire.** Une profession capable de prendre une part active à la réflexion et à la création d'unités éphémères de réanimation et à même d'intégrer rapidement et efficacement ces nouvelles unités ou de renforcer les services existants. Des professionnel(le)s aguerris, capables de participer à la diversité des missions des SAMU/SMUR et des urgences qui ont permis une fluidification des soins et une optimisation des

ressources médicales. C'est bien cette capacité d'adaptation, cette plasticité des professionnels de l'anesthésie/réanimation qui a participé à la résolution du problème majeur de déficit de places en réanimation, source de toutes les préoccupations au début de la pandémie.

**A son niveau de compétence et d'expertise, il est incontestable que la profession IADE a efficacement contribué, aux côtés de l'ensemble des professions soignantes, à la résilience de notre système sanitaire dans cette situation exceptionnelle de menace pour l'état de santé de la population française<sup>9</sup>.**

## EN CHIFFRES

### L'ENGAGEMENT PROFESSIONNEL :

- 70,69% organisation de la mise en place d'unités de réanimation ;
- 62,94% participation à la formation de personnels soignants, cette (88,64% IADE CS)
- 33,69% participation à la création/rédaction de protocoles spécifiques, (68,18% CS IADE)

### LES AFFECTATIONS :

- Bloc opératoire (76,90% IADE/5,26% EIA),
- Réanimation (72,03%IADE/93,68%EIA),
- Autres services (16,35%IADE/6,32%EIA),
- SAMU/SMUR (12,39%IADE/3,16%EIA),
- Urgences (8,14%IADE/7,37%EIA).

### QUELQUES EXEMPLES DE CONTRIBUTIONS :

- Gestion des voies aériennes supérieures (54,70%),
- Intubation trachéale (50,93%),
- Réglage et adaptation ventilatoire (70,92%),
- Sédation et curarisation (76,65%),
- Pose de Cathéters artériels (45,51%),
- Transport intra-hospitalier (49,23%),
- Leadership lors du décubitus ventral (36,31%).

---

<sup>9</sup> <https://www.snia.net/actualiteacutes/restitution-des-resultats-de-lenquete-sur-lengagement-de-la-filiere-ia-de-dans-le-contexte-epidemie-covid-19>

L'infirmier(e)-anesthésiste 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. C'est **un praticien avancé** qui a le savoir-faire nécessaire aux prises de décisions complexes et les compétences cliniques empruntées au domaine médical permettant de garantir une autonomie dans la pratique d'actes anesthésiques, dans le maintien et la correction de l'équilibre hémodynamique et de l'homéostasie (réanimation per opératoire).

**La profession infirmière-anesthésiste est régie par un décret mission. Les IADE pratiquent donc l'anesthésie par dérogation dans le cadre d'interventions fondées sur les missions qui leur sont imparties.**

En pratique, lorsqu'il exerce en anesthésie, l'IADE élabore des démarches d'évaluations et de conclusions cliniques, pratique des actes techniques avancés (non référencés dans le décret d'actes infirmiers, Articles R4311-1 à R4311-10) et met en œuvre des « process » de surveillance clinique et para clinique. Cet ensemble de compétences lui permettent, dans le cadre d'une stratégie définie en amont par le médecin anesthésiste responsable de la salle d'intervention, de pratiquer l'anesthésie du patient de son accueil au bloc opératoire à sa sortie de salle de surveillance post-interventionnelle.

Le fort degré d'autonomie et de responsabilité de l'exercice professionnel de l'infirmier(e)-anesthésiste correspond au standard d'une profession intermédiaire de santé située entre les auxiliaires médicaux et les professions médicales. Cette profession constitue depuis des décennies le maillon, qui permet d'assurer en France un nombre d'actes anesthésiques toujours plus important à un coût demeurant supportable pour la collectivité nationale tout en respectant les critères de qualité et de sécurité de la spécialité. **Il est important de souligner dans ce contexte que l'éventuelle ouverture de la spécialité à un exercice partiel<sup>10</sup> constitue une déqualification de la pratique de l'anesthésie** et pourrait remettre en question l'uniformité sur l'ensemble du territoire de la sécurité anesthésique.

---

### ORIENTATION FINALE CONCERNANT LE STATUT :

**L'appartenance au le livre III relatif aux auxiliaires médicaux du Code de la Santé Publique ne correspond ni à l'autonomie ni à l'important niveau de responsabilité assumé dans le cadre de son exercice par le corps de infirmier(e)-anesthésiste.**

**La profession infirmière-anesthésiste revendique un positionnement dans le Code de la Santé Publique correspondant davantage aux pratiques exercées. Par conséquent, l'encadrement réglementaire doit s'inscrire soit dans un nouveau livre de professions intermédiaires, soit dans un nouveau titre du livre I du CSP. Ce nouveau positionnement permettra la définition d'un périmètre juridique cohérent avec le champ d'activité professionnel IADE.**

---

<sup>10</sup> Décret n° 2017-1520 du 2 novembre 2017 relatif à la reconnaissance des qualifications professionnelles dans le domaine de la santé

## LA CARRIÈRE ET LA RÉMUNÉRATION

**La rémunération actuelle de la profession infirmière-anesthésiste, à 70 % féminine est une illustration de la discrimination salariale des professions à prédominance féminine.**

La Loi 72-1143 du 22 décembre 1972 relative à l'égalité de rémunération entre les hommes et les femmes mentionne dans son Article 1 que « *Tout employeur est tenu d'assurer pour un même travail ou un travail de valeur égale, l'égalité de rémunération entre les hommes et les femmes* ». Le principe d'égalité dans le monde du travail a été renforcé par la Loi N° 2014-873 du 4 août 2014 pour l'égalité réelle entre les femmes et les hommes. Le Conseil Économique Social et Environnemental précisant que cette Loi a rappelé l'obligation d'intégrer l'égalité à l'occasion des révisions des classifications et des négociations de branche<sup>11</sup>.

*« Sont considérés comme ayant une valeur égale les travaux qui exigent des salariés un ensemble comparable de connaissances professionnelles consacrées par un titre, un diplôme ou une pratique professionnelle, de capacités découlant de l'expérience acquise, de responsabilités et de charge physique ou nerveuse » (Loi ROUDY 1983<sup>12</sup>)*

Les salaires sont définis selon 3 critères : le niveau d'étude, le niveau de responsabilités et les contraintes inhérentes à l'exercice professionnel.

Concernant la profession IADE :

- **Niveau d'étude** : Bac+5 - Master 2
- **Niveau de responsabilités** : lié à la prise de décisions complexes, les IADE sont seuls habilités à pratiquer des techniques anesthésiques et la réanimation péroratoire en autonomie dans un cadre sécuritaire (médecin pouvant intervenir et contrôler à tout moment) (Article R4311-12 du CSP)
- **Conditions de travail pénibles et à risque** : activités postées, en horaires décalés, travail de nuit, week-end et jours fériés, charges lourdes, contact avec agents infectieux, pathogènes, toxiques, chimiques et rayons ionisants, travail en l'absence de lumière naturelle et/ou en milieu confiné... Secours dans des conditions périlleuses et à risque, transports routiers et hélicoptés.... Comme beaucoup de métiers du soin, **l'exercice de la profession IADE revêt un caractère pénible qui a été volontairement et injustement renié par le « Protocole Bachelot »<sup>13</sup> Il est primordial de reconnaître et prendre en compte la pénibilité et de corriger les injustices du « Protocole Bachelot »<sup>14</sup>.**

Comparatif des grilles indiciaires dans la fonction publique :

Comparativement à la structure des grilles indiciaires de la catégorie A, on constate que la profession IADE est versée dans des grilles communément appelées « *Petit A* » ou « *A atypique* » bien moins valorisées par rapport à des corps professionnels mixtes ou à prédominance masculine comparable. **Cela signe une discrimination qu'il convient de corriger.**

---

<sup>11</sup> Avis du CONSEIL ÉCONOMIQUE, SOCIAL ET ENVIRONNEMENTAL -Agir pour la mixité des métiers- Patrick Liébus- Novembre 2014

<sup>12</sup> LOI n° 83-635 du 13 juillet 1983 portant modification du code du travail et du code pénal en ce qui concerne l'égalité professionnelle entre les femmes et les hommes

<sup>13</sup> Protocole du 2 février 2010 relatif à l'intégration dans la catégorie A de la FPH des infirmiers et paramédicaux aux diplômes reconnus LMD

<sup>14</sup> Démarches techniques FPH SNIA en cours : <https://www.snia.net/actualiteacutes/demarche-technique-fph-reclassement-des-ide-b-nes-vers-ia-de>

Il est important de revoir également le niveau des indemnités forfaitaires des weekends, jours fériés et travail de nuit qui ne sont pas actuellement à la hauteur des efforts fournis par l'ensemble du personnel soignant.

---

## ORIENTATION FINALE CONCERNANT LA CARRIERE ET LA REMUNERATION :

**La profession infirmière-anesthésiste revendique une grille salariale unique linéaire avec un bornage indiciaire conforme à une profession BAC+5 à haute responsabilité et sa traduction dans les conventions collectives du secteur privé. Il est nécessaire d'intégrer les IADE Cadres de santé dans ce corps professionnel ou à minima de mettre en place une reconnaissance indiciaire conforme à leur progression de carrière.**

**La profession demande également le juste retour de la reconnaissance de la pénibilité et des contraintes liées au travail de nuit, Weekends et jours fériés. Elle demande un « droit de remords » pour les "naufragés" du « protocole Bachelot » ainsi que le reclassement individuel des IDE actifs reclassés IADE après leur promotion professionnelle.**

## PERSPECTIVES D'EXERCICE ÉLARGIES DANS UN SYSTEME HOSPITALIER RÉFORMÉ

La filière IADE ambitionne depuis de nombreuses années la possibilité de prendre en charge un certain nombre de missions supplémentaires permettant de libérer du temps médical tout en assumant les critères qualitatifs et sécuritaires des soins dispensés.

## LA PARTICIPATION A L'ANALYSE CLINIQUE ET A L'ACCOMPAGNEMENT PERI OPERATOIRE

### **LE CONTEXTE :**

La notion de prise en charge anesthésique évolue, sort du bloc opératoire et devient une science de l'accompagnement tournée vers l'optimisation des ressources du patient pour un retour le plus précoce possible à son état de santé antérieur. **Le développement de la Récupération Améliorée Après Chirurgie (RAAC)** nécessite la mise en place de parcours personnalisés et individualisés qui constituent la clef de voûte de la réussite de ce type de programme<sup>15</sup>. Ces nouveaux modes de prise en charge nécessitent des évolutions organisationnelles pouvant s'étendre aux collaborations interprofessionnelles.

### **LA SALLE DE SURVEILLANCE POST INTERVENTIONNELLE (SSPI):**

L'analyse clinique fait partie du corpus de compétences indispensables à la pratique de la profession. Elle est quotidiennement mobilisée en situation anesthésique. Dans de nombreux établissements, les infirmier(e)s-anesthésistes participent déjà à la gestion du parcours patient en décidant des sorties effectives de Salle de Surveillance Post Interventionnelle (concerne 63,2% des IADE<sup>16</sup>), la sortie restant réglementairement sous la responsabilité du médecin anesthésiste-réanimateur. La SFAR propose même la « protocolisation » de cette activité pour les infirmiers en soins généraux.

---

<sup>15</sup> [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_1763416/fr/programmes-de-recuperation-amelioree-apres-chirurgie-raac](https://www.has-sante.fr/jcms/c_1763416/fr/programmes-de-recuperation-amelioree-apres-chirurgie-raac)

<sup>16</sup> <https://www.snia.net/enquete2018.html>

Dans ces conditions, il paraît pertinent d'envisager l'élargissement du champ de compétence IADE à cette pratique participant ainsi au positionnement de l'IADE en situation de **leadership clinique en SSPI**.

Ce **positionnement expert** est particulièrement pertinent dans les SSPI où l'équipe paramédicale se compose d'infirmiers en soins généraux. L'IADE doit y être identifié comme personnel garant de la qualité de la réversion anesthésique et de la prévention des complications post opératoires précoces.

### **L'AMBULATOIRE :**

Les coopérations professionnelles (et s'il y a lieu dans le cadre de l'article L. 4011-1 et suivant du code de la santé publique), favorisant la fluidité de la prise en charge (flux continu) et réduisant la présence des patients au strict temps nécessaire aux soins, doivent être parfaitement formalisées au travers de procédures, notamment lors de l'évaluation du patient à son entrée et à sa sortie : Recommandations organisationnelles, Ensemble pour le développement de la chirurgie ambulatoire<sup>17</sup>.

Dans le cadre du développement national de l'activité d'ambulatoire, la coopération entre professionnels mentionnée au L. 4011-1 du CSP ne nous paraît pas un mécanisme adapté. Il ne permet pas un développement organisationnel harmonieux et reproductible sur le territoire national. L'utilisation de ce type de dispositif est également un frein à la mobilité professionnelle du fait de la nécessité d'une contractualisation individuelle. **Le développement de nouvelles compétences** et l'adaptation des métiers à ces nouveaux enjeux nous paraît plus pertinent.

Dans le cadre de l'activité anesthésique sur les plateaux ambulatoires, plusieurs pistes nous semblent intéressantes à évaluer.

Le transfert de l'hospitalisation conventionnelle vers l'ambulatoire s'opère suite à la décision collégiale de l'opérateur et du médecin anesthésiste en accord avec le patient. Les patients inscrits dans un parcours ambulatoire sont donc des personnes ayant fait l'objet d'une sélection médicale.

Les patients jugés instables ou dont la balance bénéfice/risque est défavorable sont maintenus dans un parcours conventionnel.

Le parcours patient en ambulatoire est encadré par plusieurs évaluations médicales. En préopératoire, le patient bénéficie d'une Consultation Pré Anesthésique (CPA) réalisée par un médecin anesthésiste, visant à évaluer le risque anesthésique, à décider de la stratégie anesthésique et à informer le patient sur sa prise en charge. Le jour de l'intervention, il bénéficie d'une visite pré anesthésique visant à vérifier l'apparition d'une éventuelle modification de son état de santé depuis la consultation pré anesthésique. Ce temps d'évaluation clinique est également le moment de l'analyse des examens complémentaires demandés en CPA et de la vérification du respect des consignes préopératoires notamment en matière de d'adaptation des traitements habituels. En post opératoire la sortie de l'unité d'ambulatoire pour les patients ayant bénéficié d'une anesthésie est assujettie à une triple évaluation médicale. Le médecin anesthésiste doit autoriser le retour du patient dans l'unité d'ambulatoire ainsi que la « non contre-indication » anesthésique à l'aptitude à la rue. Enfin, après l'évaluation des critères d'aptitude à la rue, réalisée dans l'unité d'ambulatoire, l'autorisation de sortie de l'établissement fait l'objet d'une décision médicale.

La description de cette organisation met en évidence la complexité du parcours du patient au sein de l'unité d'ambulatoire et la nécessité de faire intervenir de multiples intervenants à différentes phases de la prise en charge. La multiplication des évaluations médicales au cours du parcours patient est propice au ralentissement du flux, constitue une consommation de temps médical non négligeable et engendre de nombreuses interruptions de tâches.

---

<sup>17</sup>[https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-05/guide\\_securite\\_du\\_patient\\_en\\_chirurgie\\_ambulatoire.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-05/guide_securite_du_patient_en_chirurgie_ambulatoire.pdf)

L'Infirmier(e)-Anesthésiste peut participer aux phases d'évaluation clinique aux différents temps de l'hospitalisation ambulatoire en réalisant des VPA ambulatoire, en délivrant les autorisation de sortie de SSPI et en réalisant l'évaluation de l'aptitude à la rue.

### **L'HOSPITALISATION CONVENTIONNELLE :**

Dans le cadre de l'hospitalisation conventionnelle l'infirmier(e)-Anesthésiste pourrait réaliser les visites pré anesthésiques de patients stabilisés évalués éligibles par le médecin anesthésistes-réanimateur ayant réalisé la consultation pré-anesthésique.

**Grace à leur formation et leur expérience les infirmier(e)s-anesthésistes sont à même de développer des activités de soins ciblés vers l'accompagnement, l'éducation thérapeutique, la réflexion et l'interrogatoire clinique et ce tout au long du parcours chirurgical du patient.**

**Les infirmier(e)s-anesthésistes participent déjà à la fluidification du parcours patient en chirurgie en décidant au final des sorties de Salle de Surveillance Post Interventionnelle.**

---

### **ORIENTATION FINALE CONCERNANT LA PARTICIPATION A L'ANALYSE CLINIQUE ET L'ACCOMPAGNEMENT PERI OPERATOIRE :**

**La profession infirmière-anesthésiste revendique la participation aux différentes activités péri opératoires qui doivent permettre d'optimiser, de fluidifier et de sécuriser le parcours péri opératoire du patient :**

- suivi et accompagnement personnalisé des patients,
- validation des sorties de SSPI,
- validation des critères de retour à la rue dans le cadre de la chirurgie ambulatoire,
- réalisation des Visites Pré Anesthésiques dans le contexte d'ambulatoire.

### **LA PRESCRIPTION LIMITEE**

L'activité clinique quotidienne des infirmier(e)s-anesthésistes consiste à mettre en place et à adapter les thérapeutiques nécessaires au maintien de l'homéostasie des patients dont ils ont la charge. Dans ce contexte et après analyse précise des besoins du patient ces professionnels administrent de façon autonome de nombreuses thérapeutiques (morphiniques, curares, sédatifs, antiémétiques, vasopresseurs, etc.). **Ce sont donc déjà dans les faits des prescripteurs expérimentés qui assurent la dispensation et l'administration de nombreuses médications** dont les marges thérapeutiques sont souvent étroites et nécessitent donc la mobilisation de connaissances pharmacologiques et thérapeutiques précises et rigoureuses.

---

### **ORIENTATION FINALE CONCERNANT LA PRESCRIPTION LIMITEE**

**La profession infirmière-anesthésiste revendique la reconnaissance effective de cette activité de prescription notamment pour les thérapeutiques utilisées couramment en anesthésie et pour le traitement et la gestion de la douleur.**

## LA GESTION DE LA DOULEUR PERI OPERATOIRE

La prise en charge de la douleur fait appel aux compétences développées dans les deux chapitres précédents. La pertinence de l'implication des IADE dans ce domaine d'activité réside dans la nécessité d'un accompagnement précoce et efficace du patient douloureux par un professionnel formé en algologie et compétant en analyse clinique et pharmacologie analgésique.

L'Article 4311-12 du CSP prévoit depuis 2017 une nouvelle fonction pour les Infirmiers Anesthésistes qui peuvent théoriquement intervenir « en vue de la prise en charge de la douleur postopératoire... ». En pratique, les restrictions imposées par la rédaction du II de l'article R.4311-12 du CSP rendent le déploiement de cette activité compliqué et limite le service rendu au patient.

Ce domaine d'exercice correspond aux attendus des différents plans douleurs initiés à partir de 1998 et des critères de qualité retenus par la HAS.

En 2013, lors du congrès de la SFAR était rappelée la nécessité de maintenir la prise en charge de la douleur postopératoire au cœur de l'activité d'anesthésie<sup>18</sup>. Il était évoqué la nécessité d'une nouvelle organisation de la prise en charge de la douleur postopératoire pour garantir une prise en charge efficace et effective de cette problématique. Dans un contexte démographique médical contraint, la société savante mentionnait la nécessité d'une organisation pluridisciplinaire impliquant acteurs médicaux et paramédicaux.

La prise en charge de la douleur doit être entendue dans un temps long allant des consultations préopératoires à la période de convalescence (au domicile ou en institution).

Le champ de compétence octroyé par le nouveau 4311-12 du CSP<sup>19</sup> est pertinent pour accompagner les patients et les équipes soignantes dans l'optimisation de la prise en charge de la douleur postopératoire dans le cadre de l'utilisation des techniques d'analgésie locorégionale telles que les péridurales et les blocs périphériques continus. Il reste cependant bien trop limité.

Compte tenu de sa formation, de sa maîtrise des différentes techniques et classes pharmacologiques analgésiques ainsi que de sa confrontation quotidienne aux manifestations polymorphes de la douleur, l'IADE est un professionnel à même de participer de manière généralisée au suivi et au traitement de la douleur.

Une proportion importante d'IADE complète leurs compétences par la formation professionnelle en accédant à des diplômes universitaires ou des formations sur les techniques de prise en charge et de traitements alternatifs de la douleur (35% des IADE sont détenteurs de DU en majorité lié à l'algologie et 23,88 % des IADE sont formés à l'hypnose<sup>20</sup>).

**La formalisation d'une organisation permettant l'intervention des infirmier(e)s-anesthésistes en aval de la SSPI et l'accès réglementaire à l'administration en autonomie des classes pharmacologiques antalgiques pourrait permettre une réponse sûre, fiable et reproductible aux besoins des patients.**

### Conséquences :

- Amélioration de la satisfaction des patients.
- Diminution de la mortalité postopératoire <sup>21</sup>

---

<sup>18</sup> Valeria Martinez, Place de l'anesthésiste-réanimateur dans la prise en charge de la douleur ?, SFAR, 2013.

<sup>19</sup> Décret n° 2017-316 du 10 mars 2017 relatif aux actes infirmiers relevant de la compétence des infirmiers anesthésistes diplômés d'Etat

<sup>20</sup> SNIA, GEIADE 2018, <https://www.snia.net/enquete2018.html> (page16)

<sup>21</sup> Quality of postoperative care after major orthopedic surgery is correlated with both long-term cardiovascular outcome and troponin Ic elevation

- Réduction de l'incidence des douleurs chroniques postopératoires<sup>22</sup>
- La diminution de la douleur est associée à une diminution de la durée de séjour<sup>23</sup>.
- Généralisation des techniques d'analgésie locorégionales et suivi de leur utilisation.
- Accompagnement des équipes soignantes.
- Libération de temps médical et réduction des interruptions de tâches médicales par les sollicitations des services d'hospitalisation.

---

## ORIENTATION FINALE CONCERNANT LA GESTION DE LA DOULEUR PERI OPERATOIRE :

**La profession infirmière-anesthésiste revendique la reconnaissance de sa participation clinique et thérapeutique à la gestion de la douleur péri opératoire avec notamment la possibilité de réaliser certaines anesthésies loco régionales.**

### L'ACTIVITE PRE HOSPITALIERE

Les infirmier(e)s-anesthésistes constituent **la seule profession paramédicale académiquement formée à l'urgence pré hospitalière**. Malgré la diminution de leurs effectifs au sein des SMUR pour des raisons économiques largement contestables, **leur présence est souvent plébiscitée et recherchée lors de la gestion de crises sanitaires majeures ou de situations exceptionnelles et critiques (attentats, catastrophes naturelles, pandémies...)**.

En guise d'illustration, lors de la crise CoVid-19, plus de 40% des IADE affectés dans des activités de SMUR durant les mois de mars et avril 2020 l'ont été alors que cette affectation ne correspondait pas à leur activité habituelle, signe que les compétences IADE sont recherchées dans le domaine du pré hospitalier (source enquête SNIA CoVid-19 2020<sup>24</sup>).

Dans le cadre de leur décret de compétence, les infirmier(e)s-anesthésiste sont seul(e)s habilité(e)s à assurer le transport inter hospitalier de patients ventilés, intubés et/ou sédatisés stables. Cette spécificité a permis de développer dans certaines régions les Transports Infirmiers Inter Hospitalier (TIIH) de façons sécuritaires et optimisées. Cependant les vecteurs TIIH restent encore sous utilisés représentant moins de 1% des activités des UMH<sup>25</sup> (Pacte de Refondation des Urgences-2019<sup>26</sup>). La généralisation des TIIH IADE est à même de réduire significativement le temps médical affecté aux 181800<sup>27</sup> transports secondaires assurés par les SMUR français.

**Les capacités d'analyse clinique et les compétences techniques développées dans le cadre de l'activité d'anesthésie-réanimation permettent à cette profession d'assurer en toute sécurité une réponse graduée à l'urgence pré hospitalière de type de secours primaires para médicalisés**. Son expérience de terrain lui permet également de prendre un part à l'activité de régulation et de décharger le médecin régulateur de certains dossiers. La conjonction de l'activité de TIIH et d'une

---

<sup>22</sup> Wilder-Smith, O.H. and L. Arendt-Nielsen, Postoperative hyperalgesia: its clinical importance and relevance. *Anesthesiology*, 2006.

<sup>23</sup> Implementation of the Spanish National Enhanced Recovery Program (ERAS) in Bariatric Surgery: A Pilot Study

<sup>24</sup> <https://www.snia.net/actualite/actualites/restitution-des-resultats-de-lenquete-sur-lengagement-de-la-filiere-iade-dans-le-contexte-epidemie-covid-19>

<sup>25</sup> UMH : Unités Mobiles Hospitalière

<sup>26</sup> [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport\\_pour\\_un\\_pacte\\_de\\_refondation\\_des\\_urgences\\_2019-058r.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_pour_un_pacte_de_refondation_des_urgences_2019-058r.pdf)

<sup>27</sup> Chiffres 2017 études et résultats DRESS <http://www.epsilon.insee.fr/jspui/bitstream/1/114409/1/er1136.pdf>

activité primaire IADE permettrait de contribuer concrètement à l'objectif du Pacte de refondation des Urgences de proposer de nouvelles réponses à l'urgence pré-hospitalière.

---

#### ORIENTATION FINALE CONCERNANT L'ACTIVITE PRE HOSPITALIERE :

**La profession infirmière-anesthésiste revendique la réaffirmation et le développement de sa place et de son rôle dans l'exercice de l'urgence pré hospitalière<sup>28</sup> tant sur le plan des interventions primaires que secondaires (Transports intra et inter hospitaliers).**

#### LA REALISATION DES ABORDS VASCULAIRES

Avec le développement des techniques d'écho repérage et d'écho guidage, les soins se rapportant à la mise en place des différents dispositifs d'abord vasculaire se sont considérablement sécurisés. **Les infirmiers-anesthésistes sont habilités à utiliser l'échographie pour effectuer les repérages et les ponctions vasculaires.** Ils sont formés à l'évaluation du capital vasculaire, disposent de connaissances théoriques et pratiques sur la méthode de Seldinger (75,47% des IADE mettent en place des KT artériels). De longue date, ils sont identifiés comme des professionnels ressources pour la prise en charge des patients à capital veineux « difficile » (90,6 % des IADE sont sollicités par d'autres services pour la pose de voies veineuses périphériques)<sup>29</sup>.

La profession est majoritairement favorable à l'élargissement de son cadre d'exercice dans le domaine des abords vasculaires (63,88%<sup>30</sup>). Dans ce contexte, depuis quelques années, la profession acquiert de nouvelles compétences.

De nombreuses équipes IADE ont développé dans leurs établissements des activités de pose de Midlines. Les protocoles de coopération concernant la pose de solutions d'abords vasculaires centraux intègrent une proportion importante d'IADE. Plusieurs IADE sont actuellement investigateurs dans des projets de recherche concernant les abords vasculaires. Le contexte aboutissant à la mise en place de protocoles de coopération concernant la pose de voies veineuses centrales met préférentiellement en évidence trois éléments : l'augmentation du nombre de patients au capital veineux altéré, le déficit de ressources médicales et le délai d'attente pour les patients.

Il est cependant important de noter que :

- Les protocoles de coopération sont des procédures lourdes, d'impact local qui freinent et limitent considérablement les potentialités de service rendu.
- La réglementation autour de la mise en place des Midlines reste sujette à caution et doit être clarifiée pour permettre un exercice en toute sécurité pour les professionnels.

---

#### ORIENTATION FINALE CONCERNANT LA REALISATION DES ABORDS VASCULAIRES :

**La profession infirmière-anesthésiste revendique la reconnaissance pleine et entière de son aptitude à assurer la mise en place de dispositifs veineux centraux sous écho guidage dans le cadre et en dehors d'une procédure d'anesthésie.**

---

<sup>28</sup>"Place de l'infirmier(e)-anesthésiste en SMUR, Perspectives d'avenir" SNIA, Bruno Huet, Février 2015

[https://www.snia.net/uploads/7/7/8/5/7785148/snia\\_support\\_smur\\_bd\\_pages.pdf](https://www.snia.net/uploads/7/7/8/5/7785148/snia_support_smur_bd_pages.pdf)

<sup>29</sup> SNIA, GEIADE 2018, <https://www.snia.net/enquete2018.html>

<sup>30</sup> SNIA, GEIADE 2018, <https://www.snia.net/enquete2018.html>

## LE DIALOGUE SOCIAL

Le dialogue social est inscrit expressément dans le statut de la fonction publique hospitalière. **C'est un indicateur de la qualité de vie au travail mais il doit également être considéré comme un outil d'amélioration des conditions d'accueil et de soin des usagers.** Les stratégies de gouvernances de l'Hôpital initiées par les gouvernements successifs ont pourtant mis à mal les moyens censés favoriser la communication et la compréhension entre les différents les acteurs du monde hospitaliers.

## LA GOUVERNANCE HOSPITALIERE

Une gouvernance hospitalière réformée doit permettre l'expression des orientations stratégiques des personnels soignants non médicaux dans les plus hautes instances de direction des établissements. **Le rôle de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médicot techniques doit voir son pouvoir renforcé avec un président élu, membre de droit du directoire de l'établissement.** Cette proposition a pour finalité de permettre une direction stratégique des établissements éclairée des positionnements et des aspirations des soignants.

## L'EXPRESSION DU DROIT DE GREVE DANS LA FONCTION PUBLIQUE HOSPITALIERE

Depuis plusieurs années les professionnels de terrain alertent sur la dégradation des conditions de sécurité du soin hospitalier en France. Certaines dispositions ont volontairement réduit le droit de grève et de contestation des soignants en abusant des assignations/réquisitions des personnels bien au-delà de la notion du maintien de la sécurité des soins indispensables aux pensionnaires et hospitalisés .

**Il est primordial que ces mouvements sociaux ne soient plus entravés car ils sont aussi un outil d'alerte sur les conditions de travail, d'accueil et de sécurité des patients hospitalisés. Aussi, Nous demandons à ce que soit instaurée une circulaire nationale relative au droit de grève comprenant l'application d'un strict service minimum tel qu'il est assuré un dimanche ou un jour férié, à l'occasion d'une action gréviste.**

## L'AVIS CONSULTATIF AU CONSEIL SUPERIEUR DE LA FONCTION PUBLIQUE HOSPITALIERE

Les Infirmier(e)s-Anesthésistes bénéficient d'un cadre d'exercice et d'un positionnement statutaire singulier. A ce titre, pour les décisions portant sur les règles statutaires applicables aux IADE, **le SNIA propose qu'une organisation professionnelle puisse participer au Conseil Supérieur de la Fonction Publique Hospitalière en vue de l'éclairage des débats avec voix consultative.**

## CONCLUSION

Après de nombreuses évolutions de la formation et de ses exigences, alors que la profession vient de faire la preuve de sa précieuse utilité pendant la crise sanitaire que nous venons de vivre, il est indispensable de prendre en considération les propositions et les aspirations de l'ensemble de la filière infirmière-anesthésiste. Le gouvernement veut réformer, lever les blocages connus du système, dépasser les corporatismes : **les infirmier(e)s-anesthésistes sont prêt(e)s à relever le défi. Les verrous doivent véritablement s'ouvrir pour permettre aux IADE d'apporter pleinement leurs compétences réelles et potentielles au service de l'offre de soins tout en leur octroyant le statut qu'ils/elles méritent.**

Certaines des propositions contenues dans ce document nécessitent des évolutions réglementaires et des enseignements revisités. La démultiplication des actions spécifiques de développement professionnel continu pourront apporter des solutions de formation pertinentes dans le cadre d'un exercice réformé.

## SYNTHÈSE DES ORIENTATIONS D'AVENIR POUR LA PROFESSION IADE :

### ➤ ORIENTATION FINALE CONCERNANT LA FORMATION :

La profession infirmière-anesthésiste revendique :

- une reconnaissance de la formation à juste titre, Master.
- une centralisation nationale des commissions d'autorisation d'exercice professionnel avec des experts ayant la connaissance des programmes de formation à l'étranger,
- une lutte contre la fragmentation décisionnelle concernant la formation IADE engendrée par la disparité dans les positionnements des gouvernances régionales,
- une identification précise du ministère responsable de la formation à part entière,
- une mise en valeur et une reconnaissance des qualifications des équipes pédagogiques.

### ➤ ORIENTATION FINALE CONCERNANT LE STATUT :

L'appartenance au livre III relatif aux auxiliaires médicaux du Code de la Santé Publique ne correspond ni à l'autonomie ni à l'important niveau de responsabilité assumé dans le cadre de son exercice par le corps de infirmier(e)-anesthésiste.

La profession infirmière-anesthésiste revendique un positionnement dans le Code de la Santé Publique correspondant davantage aux pratiques exercées. Par conséquent, l'encadrement réglementaire doit s'inscrire soit dans un nouveau livre de professions intermédiaires, soit dans un nouveau titre du livre I du CSP. Ce nouveau positionnement permettra la définition d'un périmètre juridique cohérent avec le champ d'activité professionnel IADE.

### ➤ ORIENTATION FINALE CONCERNANT LA CARRIERE ET LA REMUNERATION :

La profession infirmière-anesthésiste revendique une grille salariale unique linéaire avec un bornage indiciaire conforme à une profession BAC+5 à haute responsabilité et sa traduction dans les conventions collectives du secteur privé. Il est nécessaire d'intégrer les IADE Cadres de santé dans ce corps professionnel ou à minima de mettre en place une reconnaissance indiciaire conforme à leur progression de carrière. La profession demande également le juste retour de la reconnaissance de la pénibilité et des contraintes liées au travail de nuit, Weekends et jours fériés. Elle demande un « droit de remords » pour les "naufragés" du « protocole Bachelot » ainsi que le reclassement individuel des IDE actifs reclassés IADE après leur promotion professionnelle.

### ➤ ORIENTATION FINALE CONCERNANT LA PARTICIPATION A L'ANALYSE CLINIQUE ET L'ACCOMPAGNEMENT PERI OPERATOIRE :

La profession infirmière-anesthésiste revendique la participation aux différentes activités péri opératoires qui doivent permettre d'optimiser, de fluidifier et de sécuriser le parcours péri opératoire du patient :

- suivi et accompagnement personnalisé des patients,
- validation des sorties de SSPI,
- validation des critères de retour à la rue dans le cadre de la chirurgie ambulatoire.

### ➤ ORIENTATION FINALE CONCERNANT LA PRESCRIPTION LIMITEE :

La profession infirmière-anesthésiste revendique la reconnaissance effective de cette activité de prescription notamment pour les thérapeutiques utilisées couramment en anesthésie et pour le traitement et la gestion de la douleur.

➤ **ORIENTATION FINALE CONCERNANT LA GESTION DE LA DOULEUR PERI OPERATOIRE :**

La profession infirmière-anesthésiste revendique la reconnaissance de sa participation clinique et thérapeutique à la gestion de la douleur péri opératoire avec notamment la possibilité de réaliser certaines anesthésies loco régionales.

➤ **ORIENTATION FINALE CONCERNANT L'ACTIVITE PRE HOSPITALIERE :**

La profession infirmière-anesthésiste revendique la réaffirmation et le développement de sa place et de son rôle dans l'exercice de l'urgence pré hospitalière tant sur le plan des interventions primaires que secondaires (Transports intra et inter hospitaliers).

➤ **ORIENTATION FINALE CONCERNANT LA REALISATION DES ABORDS VASCULAIRES :**

La profession infirmière-anesthésiste revendique la reconnaissance pleine et entière de son aptitude à assurer la mise en place de dispositifs veineux centraux sous écho guidage dans le cadre et en dehors d'une procédure d'anesthésie.

➤ **LE DIALOGUE SOCIAL :**

Le dialogue social est inscrit expressément dans le statut de la fonction publique hospitalière. C'est un indicateur de la qualité de vie au travail mais il doit également être considéré comme un outil d'amélioration des conditions d'accueil et de soin des usagers. Le dialogue social doit être valorisé par une meilleure pluralité des gouvernances hospitalières et plus généralement par une amélioration des conditions d'expression de l'ensemble des acteurs du soin hospitalier.

---

### **COMITÉ DE REDACTION :**

- Christophe Paysant : *Président du SNIA*
- Emmanuel Barbe : *Vice-Président du SNIA*
- Simon Taland : *Secrétaire Général du SNIA*
- Nico Decock : *Conseiller National du SNIA*
- Claire Dacquin : *Conseillère Régionale Hauts-de-France du SNIA*

### **COMITÉ DE RELECTURE :**

- Alexandre Jacq : *Conseiller National du SNIA*
- Edouard Podyma : *Conseiller National du SNIA*
- Jean-Marc Serrat : *Conseiller National du SNIA*
- Raphaël Dufour : *Conseiller National du SNIA*

Le S.N.I.A est un syndicat professionnel (lois des 21 mars 1884 et 12 mars 1920), créé en 1951.

Représentant de la profession au Haut Conseil des Professions Paramédicales (HCPP)

Membre fondateur et représentant de l'*International Federation of Nurse Anesthetists (IFNA)*

Membre fondateur du Collège Infirmier Français (CIF)

Membre fondateur du Conseil National Professionnel des Infirmier(e)s-Anesthésistes (CNPIA)



#### **SNIA**

157, Rue Legendre - 75017 Paris

Tél : 01.40.35.31.98

Fax : 01.40.35.31.95

CONTACT@SNIA.NET

[WWW.SNIA.NET](http://WWW.SNIA.NET)

