

COMMUNIQUE | Paris, le 4 mai 2025

Anesthésie : ne déconstruisons pas un modèle qui protège et sauve des vies

À la veille de l'examen en séance publique de la proposition de loi n°420 sur la profession infirmière par la Haute Assemblée, les anesthésistes libéraux mettent en garde sur une évolution risquée : intégrer les IADE dans la pratique avancée reviendrait à fragiliser l'un des systèmes d'anesthésie les plus sûrs au monde. Le binôme médecin anesthésiste – IADE n'est pas négociable.

Un système qui fonctionne, un risque de le faire dérailler

Depuis 30 ans, la France a bâti un modèle d'anesthésie performant, fondé sur une articulation claire des responsabilités : le binôme médecin anesthésiste-réanimateur (MAR) – infirmier anesthésiste diplômé d'État (IADE). **Ce tandem, clairement validé par les textes (décrets de 1994 et 2017), les recommandations scientifiques (SFAR 2024) et la pratique, a permis de diviser par dix le risque anesthésique en trois décennies.**

Ce modèle repose sur une délégation encadrée, une supervision permanente et une responsabilité médicale pleine et entière portée par le MAR. Il n'a rien à voir avec une autonomie infirmière, et encore moins avec une autonomie « en pratique avancée » définie par le Code de la santé publique.

L'anesthésie c'est un acte médical à risque, sécurisé par le binôme MAR-IADE

Ce n'est pas un « acte technique » comme un autre : **elle implique l'induction d'un coma artificiel, l'altération volontaire des fonctions vitales, et une surveillance en temps réel des fonctions neurologiques, respiratoires et cardiovasculaires les plus critiques.**

C'est un acte médical à haut risque vital immédiat, qui relève pleinement de la **médecine péri-opératoire**, et non de la prise en charge de pathologies chroniques stabilisées.

L'intégration des IADE dans le champ de la **pratique avancée autonome**, telle que définie à l'article L.4301-1 du Code de la santé publique, créerait une insécurité **juridique et pratique majeure, préjudiciable à tous : MAR, Infirmiers, patients**. Elle ouvrirait la voie à la primo-prescription, à la consultation autonome et à l'accès direct sans supervision, activant de facto une **dérogation implicite à l'article L.4161-1** du Code de la santé publique sur l'exercice illégal de la médecine.

Ce glissement, s'il n'est pas expressément corrigé, **porte atteinte à la sécurité des soins et déstructure un cadre réglementaire qui a fait ses preuves**. Le parallèle avec les infirmiers en pratique avancée dans le champ des soins primaires est **ni médicalement, ni juridiquement pertinent**.

Pas de besoin médical, pas de crise de recrutement

Contrairement à d'autres spécialités, l'anesthésie ne connaît pas de pénurie médicale :

- Plus de 11 000 MAR en exercice,
- Une spécialité toujours très attractive à l'internat,
- Une offre de soins bien répartie entre secteur public et privé.

Autrement dit, **il n'y a aucun motif de santé publique qui justifie l'autonomisation des IADE**. Il s'agit d'une revendication statutaire, légitime dans son principe, mais qui doit être traitée à part, et non par une modification du droit médical.

Une exception française à préserver

Certains invoquent l'exemple de l'étranger pour justifier une évolution vers l'autonomie infirmière. Mais la réalité, c'est **que les modèles étrangers sont hétérogènes et rarement transposables**.

Aux États-Unis, les **CRNA**¹ exercent parfois en autonomie (Midwest, Montana, Dakota...), mais doivent souscrire une assurance professionnelle et assumer seuls leurs actes. Le chirurgien y est parfois le seul médecin présent au bloc, chargé de gérer d'éventuelles complications, même sans expertise en anesthésie.

En Allemagne, une tentative de substitution partielle des anesthésistes a suscité de vives alertes. En 2005, un patient a subi des lésions cérébrales lors d'une opération : les experts ont rappelé que l'anesthésie est un acte dangereux, qui relève du médecin.

Au Royaume-Uni, l'introduction des **Anesthesia Associates**² a provoqué l'inquiétude du British Medical Association, qui les a qualifiés de « risque pour la sécurité des patients ».

En France, le Conseil d'État et la Cour de cassation ont rappelé à plusieurs reprises que tout acte médical engage la responsabilité du médecin. La jurisprudence est claire : ce n'est pas parce qu'un acte est pratiqué ailleurs qu'il est acceptable ici. **L'exemple de l'interdiction de l'acupuncture par des non-médecins l'a montré : la sécurité prime sur la demande sociale.**

À l'inverse de ces modèles incertains, le binôme MAR–IADE constitue, en France, un standard de sécurité reconnu et éprouvé.

Un amendement de clarification est indispensable

Le Syndicat des Anesthésistes Libéraux (AAL) a proposé un amendement simple et structurant : **exclure explicitement les IADE du champ de la pratique avancée autonome, en rappelant que leurs compétences relèvent des décrets de 1994 et 2017, sous la supervision du MAR.**

Cette mesure répond à trois objectifs clairs :

- Préserver la **sécurité des soins**,
- Assurer l'**intelligibilité de la loi**,
- Respecter l'**organisation éprouvée du système d'anesthésie français** et son **amélioration continue au service des professionnels de santé et des patients**.

Les Français ont le droit de savoir

Ce débat n'est pas technique. Il engage une **question fondamentale : qui, demain, mettra les patients sous coma artificiel ?**

- **Des professionnels formés à la médecine et juridiquement responsables de leurs actes ?**
- **Ou des professionnels non-médecins, dans un flou statutaire, sans garantie ni supervision ?**

Les patients ont le droit d'être informés. Et les élus, la responsabilité de ne pas céder à un raisonnement de court terme. **En conclusion : reconnaître, oui. Déréguler, non.**

Nous appelons les Sénateurs à la vigilance et à la cohérence :

- Oui à la reconnaissance du haut niveau d'expertise des IADE.
- Non à leur assimilation à un statut d'autonomie conçu pour d'autres missions.

Casser le binôme MAR–IADE, c'est casser un modèle qui fonctionne.

Et exposer les patients à des risques évitables. *Il est encore temps de ne pas commettre cette erreur.*

Le Bureau de l'AAL, Syndicat Représentatif des Anesthésistes Libéraux.

Le Bureau du SNARF, Syndicat National des Anesthésistes-Réanimateurs de France

Contact Presse : Christine Morges | 06 08 25 67 76 - actu@christinemorges.fr

¹ **Certified Registered Nurse Anesthetist (CRNA)** : infirmier en pratique avancée spécialisé en anesthésie, exerçant de façon autonome dans certains États américains.

² **Profession paramédicale introduite au Royaume-Uni** pour assister les anesthésistes, sans formation médicale complète, actuellement au cœur d'une controverse sur la sécurité des soins.