

La pratique des anesthésies locorégionales par les infirmiers anesthésistes

BELLIARD Frédéric, promotion 2003-2005.

Ecole d'infirmiers anesthésistes du CHU de Clermont-Ferrand.

La pratique des anesthésies locorégionales par les infirmiers anesthésistes

BELLIARD Frédéric, promotion 2003-2005.

Ecole d'infirmiers anesthésistes du CHU de Clermont-Ferrand.

Conseillère de mémoire : Madame Catherine GUELON.

Directrice de mémoire : Madame Agnès BARRIER.

Je tiens à remercier les personnes qui m'ont aidés pour ce travail de fin d'étude à savoir ma conseillère de mémoire Madame Catherine GUELON et ma directrice de mémoire Madame Agnès BARRIER.

« Les mémoires des étudiants de l'école infirmiers anesthésistes du CHU de Clermont-Ferrand sont des travaux réalisés au cours de l'année de formation. Les opinions exprimées n'engagent que les auteurs. Ces travaux ne peuvent faire l'objet de publications, en tout ou partie, sans l'accord des auteurs et de l'école infirmiers anesthésistes du CHU de Clermont-Ferrand. »

SOMMAIRE

Introduction _____ page 6

I - cadre conceptuel et théorique.

1 - histoire des infirmiers anesthésistes et des recommandations de la société française d'anesthésie réanimation (SFAR). _____ page 8

2 - Arrêté ministériel du 17 janvier 2002 et décret de compétence du 29 juillet 2004. __ page 13

3 - Enquête démographique et de pratiques déclarées - recommandations pour la profession d'infirmier anesthésiste par le syndicat national des infirmiers anesthésistes. _____ page 16

4 -Avis des médecins et des comités scientifiques médicaux. _____ page 17

II – Enquête de pratique déclarée par les infirmiers anesthésiste diplômés d'État dans le département du puy de dôme.

1 - présentation du questionnaire. _____ page 25

2 - résultats. _____ page 25

III – Discussion.

1 – Limites et interprétation du questionnaire. _____ page 30

2 – Les infirmiers anesthésistes du puy de dôme qui pratiquent des anesthésies locorégionales. _____ page 31

3 – quel est l'avis des infirmiers anesthésistes du puy de dôme concernant le décret de compétence du 29 juillet 2004. _____ page 33

Conclusion. _____ page 36

Bibliographie. _____ page 37

Annexes 1	_____	page 39
Annexes 2	_____	page 40
Annexes 3	_____	page 41
Annexes 4	_____	page 42
Annexes 5	_____	page 43
Annexes 6	_____	page 44

Introduction

A l'heure de la démarche qualité avec l'élaboration de recommandations, de la création de l'ANAES et de l'accréditation, les infirmiers anesthésistes (IADE) ont un rôle essentiel à jouer dans cette logique sécuritaire. En effet, avec un programme de formation et un décret de compétence bien établi, on pense qu'il est facile de trouver sa place au sein des établissements et des équipes. Cependant, il me semble que cela n'est pas aussi évident. L'anesthésie est une discipline récente qui a beaucoup évolué ces vingt dernières années et il existe malgré les conférences d'actualisation plusieurs manières de faire de l'anesthésie. Rappelons le, la médecine par essence n'est pas une science exacte.

Il existe donc une diversité de pratiques que les sociétés savantes essaient d'harmoniser pour plus de rationalité, de sécurité, d'efficacité et d'économie. En temps que futur infirmier anesthésiste, il convient donc de trouver une position. A travers ma réflexion dans ce travail de fin d'études, j'espère interroger les professionnels afin qu'ils participent au débat concernant les infirmiers anesthésistes et leurs pratiques des anesthésies locorégionales (ALR). Le point de départ de ma réflexion et de mon interrogation a été le décret du 17 janvier 2002 relatif au contenu théorique et pratique et aux modalités de formation des étudiants infirmiers anesthésistes. Ce texte comporte des zones imprécises, notamment en ce qui concerne les actes enseignés et réalisables par les étudiants. Il en est de même pour le décret du 29 juillet 2004 qui divise la profession sur deux points essentiels : la possibilité de pratiquer une anesthésie locorégionale par des infirmiers anesthésistes diplômés d'État et la pratique d'une anesthésie générale sans que le médecin anesthésiste réanimateur soit présent physiquement. J'ai donc décidé de m'intéresser à la question de l'anesthésie locorégionale. En réfléchissant, on se pose alors d'autres interrogations auxquelles on tentera de répondre :

- Quelles sont les pratiques professionnelles actuelles tant au niveau national (recherche bibliographique) que local ?
- Pourquoi le texte semble-t-il si ambigu aux infirmiers anesthésistes ? S'agit-il d'un transfert de compétences ? Si c'est le cas, qu'en pensent-ils ?
- Enfin dans les deux cas, si nous acceptons ou si nous refusons cette modification de notre champ de compétences, comment l'envisager ?

Pour essayer de répondre à toutes ces questions, je m'appuierai sur une recherche bibliographique et une enquête menée auprès des professionnels dans le département du Puy de Dôme, tout en sachant que mon objectif reste modeste. Il vise en effet à retranscrire l'avis de mes futurs collègues afin de réaliser une analyse la plus éclairée possible. Je contribuerai ainsi à instaurer une réflexion et des ébauches de réponses à ce sujet.

I - Cadre conceptuel et théorique.

1 - Histoire des infirmiers anesthésistes et des recommandations de la société française d'anesthésie réanimation (SFAR).

Chaque texte de loi qui régit notre exercice est une étape dans la construction de l'histoire de notre profession. Si nous voulons comprendre tous les tenants et les aboutissants de ce sujet, il me paraît important de savoir d'où vient la profession d'infirmier anesthésiste et quel a été le parcours des professionnels qui nous ont précédés. C'est pourquoi, j'ai choisi de faire figurer ce texte de Madame Elisabeth BALAGNY (Paris JEPu 22/03/2002) :

« A son origine, l'anesthésie n'est pas une discipline médicale, mais une activité satellite des chirurgiens. Ce sont généralement, en France, un infirmier voir le chauffeur du chirurgien qui donne l'anesthésie, en Norvège, les « endormeuses » dans les années trente, aux Etats-Unis des infirmiers spécialisés regroupés en une association puissante dès 1928. L'anesthésie s'organise, en Europe, surtout après la guerre sous l'influence des armées de libération. L'armée américaine libère la France, elle a dans son corps sanitaire des médecins anesthésistes mais surtout des infirmiers anesthésistes. La Belgique, libérée par l'armée anglaise qui n'en compte pas dans ses rangs, n'en a toujours pas. Ainsi en 1945, se retrouvent sur les mêmes bancs de la faculté de médecine de Paris, médecins et infirmiers pour un enseignement d'un an. En 1949, est créé un enseignement destiné aux paramédicaux, sanctionné par une attestation de fin d'études. En 1961, le premier programme d'étude en deux ans, d'un bon niveau de connaissances, est qualifié de « monstrueux » par les médecins, un certificat d'aptitude aux fonctions d'aide anesthésiste est délivré. Le ministère inscrit l'anesthésie générale dans les actes professionnels autorisés aux infirmiers. A partir de cette date le train est en marche, les infirmiers anesthésistes entrent dans le corps des infirmiers spécialisés et vont bénéficier d'un statut particulier avec leur propre filière et une représentativité de droit par l'intermédiaire de leur syndicat professionnel créé en 1951 par Anne de Casamance.

Mais quel est donc la fonction des infirmiers anesthésistes depuis 1961 ?

La photographie professionnelle de 1961 montrerait, dans les hôpitaux généraux, une infirmière anesthésiste seule, faisant tout, le programme, les urgences, ballonnant à la main à tout va, un coup de « binou », une voie veineuse ! Peu de médicaments et à l'élimination hasardeuse. Un peu plus tard, parfois le bonheur ! Du « Fluotane » adieu l'éther ! Un chirurgien qu'il faut suivre sur les chemins de campagne conduisant ventre à terre de l'hôpital à la clinique. L'intubation ? Parfois, car ça retarde tout le monde, il faut extuber. Des morts ? Pas tant que ça ! Tous les malades chirurgicaux étaient en général en bonne santé. Les autres ? Cardiaques, insuffisants rénaux, hypertendus...morts depuis longtemps. Les traitements médicaux étaient quasi inexistantes. Dans les CHU, tout neufs (ordonnance de 1958), commençaient à apparaître des machines, des écrans tout petits avec des traits mobiles qui se brouillaient tout le temps, des respirateurs énormes, des médecins anesthésistes, l'infirmière anesthésiste faisait tout, l'anesthésie au gré de l'humeur des uns ou des autres et selon les heures de la journée, la maintenance des appareils, le ménage des placards, essuyant une à une les ampoules sous l'œil vigilant de la panseuse.

1971 : Le programme des études paraît au journal officiel. Plusieurs écoles ouvrent, la formation de la faculté de médecine est arrêtée et l'Assistance Publique de Paris ouvre une école en 1973.

1974 : Coup de Trafalgar !

Les médecins anesthésistes réalisent deux choses importantes, l'anesthésie peut rapporter gros en clinique et du pouvoir à l'hôpital public. Alors, on décide de faire entrer les infirmiers anesthésistes dans un cadre en voie d'extinction et de créer des bio techniciens sans formation en soins. Mais la lutte est ouverte ! Le syndicat des infirmiers anesthésistes, les directeurs d'hôpitaux et certains médecins anesthésistes obtiennent le retrait de l'amendement déposé au Parlement.

Le rôle de l'infirmier anesthésiste va se structurer progressivement au sein d'un service d'anesthésie dirigé par un médecin anesthésiste réanimateur et sous la responsabilité d'un cadre de la spécialité. L'infirmier anesthésiste n'est plus seul, mais membre d'une

équipe, il va travailler en complémentarité avec des médecins anesthésistes réanimateurs. Les missions se clarifient, son exclusivité de compétences, obtenue en 1988 le protège. Le programme de 1988, confirmé par celui de 2002, définit clairement les champs d'exercice.

Aujourd'hui, tous les infirmiers anesthésistes sont salariés d'un hôpital, d'une clinique ou d'un groupement médical d'anesthésie. Ses missions sont celles de soignants en anesthésie, la prise en charge du malade par l'infirmier anesthésiste au sein du processus anesthésique. Il assure au patient des soins de haute technicité et une relation humaine privilégiée. Il est le garant de la sécurité en anesthésie par le suivi du matériel et tous les contrôles qu'il opère.

L'infirmier anesthésiste compétent n'est plus celui des années soixante qui, comme le bodhisattva Avalokitésvara aux mille mains, faisait tout et partout. Aujourd'hui, sa compétence individuelle est à « restituer au sein de la compétence collective d'une équipe et d'un réseau ».

À la lecture de ce texte, on comprend mieux comment s'est structuré le champ de compétences des infirmiers anesthésistes. Il faut rappeler également que l'anesthésie qui était au départ une technique permettant la chirurgie est passée au rang de discipline médicale dans laquelle l'infirmier anesthésiste, en tant que paramédical, trouve toute sa place pour constituer l'équipe d'anesthésie. Cette notion d'équipe est naturellement apparue pour la sécurité et une meilleure prise en charge du malade. Il est intéressant de voir pourquoi les médecins anesthésistes réanimateurs (MAR) ont ressenti le besoin d'établir des algorithmes décisionnels et des recommandations de bonnes pratiques. C'est pour cette raison que j'ai choisi le texte de Monsieur René DORNE qui explique l'histoire des premières recommandations de la Société Française d'Anesthésie et de Réanimation (SFAR) de 1989, concernant la surveillance des patients en cours d'anesthésie :

« La sécurité d'une activité humaine peut se décrire a contrario par le risque qu'elle fait courir aux personnes qui y ont recours. En 1989, de nombreux travaux étaient menés depuis les années 1960 sur le risque anesthésique, qui était chiffré à la fin des années 1980 autours de un décès pour 10 000 actes environ, avec des variations importantes puisque certaines études objectivaient une mortalité de deux à vingt fois moindre. En France, de

1978 à 1982, une enquête nationale prospective de grande ampleur a été conduite sous l'égide de l'INSERM, et portait sur près de 200 000 procédures. Elle concluait à une mortalité anesthésique de un décès sur un peu moins de huit mille anesthésies.

A cette même période, aux Etats Unis également, des études critiques sur la morbidité et la mortalité anesthésique faisaient l'objet de publications qui permettaient à Cooper, par exemple, en 1978, d'affirmer qu'il était 160 fois plus dangereux de subir une anesthésie que de prendre l'avion. Si cet auteur avait ainsi choisi cette comparaison spectaculaire, mais critiquable, (car on ne prend pas toujours l'avion parce qu'on est malade !), avec une des branches les plus performantes de l'industrie des transports, c'est que l'activité aéronautique avait depuis longtemps, par des modes opératoires particuliers, maîtrisé autant que possible le facteur humain. Or, précisément, c'est ce facteur que Cooper, avec Eichhorn et d'autres, mettaient en avant pour expliquer, au moins pour les malades les moins graves (de la classe 1 ou 2 de l'ASA), une grande partie des accidents. Une des retombées les plus intéressantes de toutes ces enquêtes a été de démontrer clairement que la moitié au moins des accidents sont évitables par une meilleure organisation humaine et matérielle de l'anesthésie.

Des textes réglementaires existaient déjà depuis 1974 en France, mais n'avaient pas été suivis d'effets spectaculaires au point que des rappels avaient été jugés nécessaires par les pouvoirs publics en 1982, et 1985. Par ailleurs dans certains pays, notamment Anglo-Saxons, depuis 1986, des standards avaient été promulgués par des universités puis par des sociétés savantes, ou encore les autorités légales, pour la surveillance des patients en cours d'anesthésie. C'était le cas, par exemple, aux Etats Unis, au Royaume Uni, en Suisse ou en Allemagne Fédérale.

Conscient de ce besoin, en 1988, le conseil d'administration de la SFAR, présidé par JM. Desmonts, décide de créer un groupe de travail ad hoc pour la rédaction de recommandations pour la surveillance des patients en cours d'anesthésie. Ce comité de 12 personnes est animé par JC. Otteni de Strasbourg, et comprend, outre le président de la SFAR, des membres choisis pour leur représentativité dans la profession et aussi par leur origine géographique. Il se met au travail le 18 février 1989 à Strasbourg. Au total sept journées de réunion seront nécessaires pour la réalisation du texte.

La rédaction, après un préambule où les objectifs de la SFAR dans le domaine de la sécurité péri anesthésique sont clairement exposés, concerne le personnel, la surveillance du patient et de l'appareil d'anesthésie, l'équipement de surveillance. Parmi cet équipement, l'oxymètre de pouls, nouveau à l'époque, est décrit comme indispensable pour l'évaluation de l'oxygénation du malade. Le capnographe est recommandé. Le matériel de sécurité pour la surveillance de l'appareil d'anesthésie (analyseur d'oxygène, débit mètre mélangeur de sécurité, alarmes de débranchement et de limite de pression haute), est préconisé. Le caractère médical de l'acte anesthésique et la nécessaire présence d'un médecin anesthésiste réanimateur pour sa réalisation est affirmé.

Après adoption par le conseil d'administration de la SFAR le 22 juin 1989, le texte des recommandations est présenté aux membres de la société au cours d'une séance animée et discutée le 24 septembre 1989. Il sera révisé en 1994, comme cela avait été prévu et affirmé dans le préambule.

Ces premières recommandations de la SFAR auront un retentissement important, et sans nul doute, seront à l'origine du décret du 5 décembre 1994 sur la pratique de l'anesthésie en France. Elles constituent un des premiers modèles d'assurance qualité en médecine et sont à ce titre souvent citées en exemple. Mais par-dessus tout, elles ont permis aux patients qui nous sont confiés de bénéficier d'une chaîne de garanties de sécurité dont elles ont constitué le premier maillon. »

Ainsi les recommandations sont une étape obligée dans le processus de la démarche qualité qui s'est mise en place dans l'industrie dans les années 70 et qui s'applique désormais au système de santé pour diminuer la mortalité, la morbidité mais aussi les coûts. À travers ce texte, on comprend aussi que les recommandations peuvent être à l'origine d'un texte de loi.

2 - Arrêté ministériel du 17 janvier 2002 et décret de compétence du 29 juillet 2004.

Il faut maintenant analyser les textes de loi qui régissent actuellement la formation et la profession des infirmiers anesthésiste diplômés d'État. Ils sont au nombre de deux :

- l'arrêté ministériel du 17 janvier 2002 relatif à la formation conduisant au diplôme d'État d'infirmier anesthésiste qui définit les modalités et les enseignements pour la formation des infirmiers anesthésistes.
- le texte du 29 juillet 2004 qui est le décret de compétences des infirmiers anesthésistes et qui décrit les gestes ou les protocoles que les professionnels peuvent mettre en oeuvre.

■ Voyons tout d'abord le texte du 17 janvier 2002 en ce qui concerne les enseignements théoriques et pratiques de l'anesthésie locorégionale :

« Objectifs généraux de la formation »

Les objectifs sont en conformité avec le décret relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier.

En fin de formation, l'élève doit être capable de :

- *participer avec le médecin spécialiste qualifié en anesthésie réanimation aux techniques : d'anesthésies locorégionales (...)*

PREMIÈRE ANNÉE DE FORMATION

Objectifs

A la fin de la première année de formation l'élève doit être capable de :

- *participer à une anesthésie générale, locale ou locorégionale et aux soins post-interventionnels spécifiques (...)*

1.2. Pharmacologie

Pharmacologie : définitions, généralités, législation, surveillance et complications des :

- anesthésiques locaux (...)

1.3. Techniques

Anesthésie locorégionale :

- différentes techniques ;

- principes, entretien, surveillance et récupération ;

- incidents, accidents. »

Cet arrêté ministériel est clair. A la fin de la première année l'étudiant infirmier anesthésiste doit être capable de participer avec le médecin anesthésiste réanimateur à une anesthésie locorégionale, tout en connaissant la pharmacologie des anesthésiques locaux, les techniques et les incidents qui peuvent subvenir.

■ Voyons ensuite le décret de compétence du 29 juillet 2004 :

Article R. 4311-12

« L'infirmier ou l'infirmière, anesthésiste diplômé d'Etat, est seul habilité, à condition qu'un médecin anesthésiste réanimateur puisse intervenir à tout moment, et après qu'un médecin anesthésiste réanimateur a examiné le patient et établi le protocole, à appliquer les techniques suivantes:

1° Anesthésie générale

2° Anesthésie locorégionale et réinjections dans le cas où un dispositif a été mis en place par un médecin anesthésiste réanimateur;

3° Réanimation peropératoire.

Il accomplit les soins et peut, à l'initiative exclusive du médecin anesthésiste réanimateur, réaliser les gestes techniques qui concourent à l'application du protocole.

En salle de surveillance postinterventionnelle, il assure les actes relevant des techniques d'anesthésie citées aux 1°, 2° et 3° et est habilité à la prise en charge de la douleur postopératoire relevant de mêmes techniques.

Les transports sanitaires mentionnés à l'article R. 4311-10 sont réalisés en priorité par l'infirmier ou l'infirmière anesthésiste diplômé d'Etat.

L'infirmier ou l'infirmière, en cours de formation préparant à ce diplôme, peut participer à ces activités en présence d'un infirmier anesthésiste diplômé d'Etat. »

Il faut souligner comme nous le verrons plus tard que ce texte a différentes interprétations et qu'il est sujet de discorde entre les médecins anesthésistes réanimateurs et les infirmiers anesthésistes diplômés d'Etat. Pour certains médecins et infirmiers anesthésistes ce décret permet au personnel paramédical spécialisé d'assister le médecin anesthésiste réanimateur dans la réalisation d'une anesthésie locorégionale et d'en assurer la surveillance. Le texte est alors en conformité avec l'arrêté ministériel du 17 janvier 2002 relatif à la formation. Ce qui pose problème, c'est que d'autres professionnels le comprennent autrement.

En effet, si on reprend le texte, l'anesthésie générale, l'anesthésie locorégionale et la réanimation peropératoire sont des techniques que le médecin spécialisé en anesthésiste réanimation utilise pour établir un protocole anesthésique. C'est ensuite à l'initiative exclusive du médecin anesthésiste que l'infirmier anesthésiste diplômé d'Etat est le seul habilité à réaliser les gestes techniques qui concourent à l'application du protocole.

Les pré requis de la mise en place de ce protocole et de sa réalisation sont que le médecin ait examiné le malade et qu'il puisse intervenir à tout moment. Ceci est en accord avec le décret du 5 décembre 1994. La seule restriction concernant l'anesthésie locorégionale est que l'infirmier anesthésiste puisse faire des réinjections seulement si le médecin a mis en place un dispositif médical prévu à cet effet.

On peut donc comprendre que le terme anesthésie locorégionale, réalisable par l'infirmier anesthésiste sur l'initiative du médecin anesthésiste réanimateur, englobe toutes les formes d'anesthésies locorégionales à l'exception de celles où il y a mis en place d'un cathéter de réinjections.

Cette partie du décret, spécifique aux infirmiers anesthésistes, ne liste pas précisément les gestes que ces derniers peuvent accomplir, alors que c'est le cas pour les articles précédents qui concernent les infirmiers diplômés d'État. Le législateur aurait-il volontairement laissé un vide juridique ? Si oui, à qui profite-t-il ? On peut également remarquer que l'arrêté ministériel du 17 janvier 2002 n'est pas en conformité avec cette dernière interprétation du décret.

3 - Enquête démographique et de pratiques déclarées - recommandations pour la profession d'infirmier anesthésiste par le syndicat national des infirmiers anesthésistes.

Dans cette partie nous nous intéresserons aux pratiques professionnelles. En effet, des infirmiers anesthésistes réalisaient déjà des anesthésies locorégionales avant la parution du décret de juillet 2004. C'est ce que montre l'enquête du syndicat national des infirmiers anesthésistes réalisée en novembre 2001.

A l'époque, 44 % des personnes interrogées répondaient avoir pratiqué une anesthésie locorégionale. Les infirmiers anesthésistes pratiquant des anesthésies locorégionales travaillaient en majorité dans des centres hospitaliers généraux ou dans le secteur privé. Parmi les anesthésies réalisées par les IADE, 99 % étaient des anesthésies locorégionales intra veineuses (ALRIV), 49% des rachianesthésies et 13,5 % des blocs plexiques. L'anesthésie péri-mudédullaire était pratiquée de manière marginale. L'enquête concluait ainsi : « *Cette enquête n'est certes pas exhaustive, mais le nombre d'IADE pratiquant des ALR est relativement important. La réglementation relative aux actes professionnels de l'infirmier anesthésiste n'établit pas de réelle hiérarchie entre anesthésie générale et anesthésie locorégionale, sauf pour les techniques comportant la mise en place d'un cathéter. On constate que la pratique d'ALR avec mise en place d'un cathéter par des IADE est extrêmement marginale. En revanche, pour les techniques plus couramment pratiquées*

(ALRIV, rachianesthésie), il convient de rappeler qu'elles peuvent être réalisées, comme tout geste technique, à condition qu'un MAR en ait validé la formation pratique et que le geste soit maîtrisé et non occasionnel. Il s'agit exclusivement d'un apprentissage sur le terrain, souvent lié à des besoins d'activité sans encadrement pédagogique, dont la validation est laissée à la seule appréciation de celui qui a enseigné la technique. Le médecin est "toujours" présent dans trois quarts des réponses et "parfois" dans un quart des cas. Il n'a pas été précisé s'il s'agissait d'une présence physique auprès de l'IADE ou d'une disponibilité immédiate. »

De plus, depuis la parution du dernier décret, ce même syndicat professionnel a édité lui-même ses recommandations. Dans ce texte qui date de mai 2002, la pratique de l'anesthésie locorégionale par des IADE est clairement envisagée :

« L'infirmier anesthésiste participe à la réalisation des anesthésies locorégionales. Il possède la connaissance du matériel, de la pharmacologie des produits utilisés, de la surveillance, du dépistage et du traitement des complications éventuelles et ceci quelle que soit la technique. Il est habilité à pratiquer les réinjections dans les différents dispositifs.

L'infirmier anesthésiste peut, à l'initiative exclusive du médecin anesthésiste réanimateur et que celui-ci puisse intervenir à tout moment, pratiquer une anesthésie locorégionale à condition d'en avoir validé la pratique et d'en posséder la maîtrise, en dehors de celles nécessitant la mise en place d'un dispositif. »

On peut donc se demander si le vide juridique laissé par le décret de compétences n'a pas été souhaité par une partie de la profession des infirmiers anesthésistes qui réalisait déjà des anesthésies locorégionales et qui voyait dans l'omission du texte de loi une approbation du législateur.

4 -Avis des médecins et des comités scientifiques médicaux.

Il existe des chirurgiens comme Monsieur le professeur Guy VALLANCIEN de l'institut mutualiste Montsouris (qui écrivait au mois de février 2005 à Monsieur le professeur Jean MARTY président de la SFAR) qui considère que *«l'anesthésie est une technique, ce n'est pas un métier. Il faut donc développer la réanimation là où il y en a besoin et surtout*

déléguer un maximum d'actes aux infirmières aides anesthésistes. Lorsque la sécurité des procédures a atteint son maximum, il n'est plus besoin d'experts ayant 12 ans d'études pour assurer la prestation. Il s'agit là d'une règle générale à toute activité humaine. Plus les choses sont sûres et faciles, moins le niveau d'expertise pour les faire doit être important. »

De plus, la société française d'anesthésie réanimation reconnaît elle-même dans un texte du comité de vie professionnelle, en parlant du décret de compétence des infirmiers anesthésistes que *« Les termes de cet article pourraient être interprétés par certains comme l'autorisation donnée aux IADE de réaliser, à la demande du médecin anesthésiste réanimateur, des anesthésies générales, mais également locorégionales (ALR), cela sous sa surveillance directe, puisqu'il doit être capable d'intervenir "à tout moment". La réalisation de ces gestes par un infirmier IADE serait paraît-il déjà, dans certaines structures, un état de fait obligé en rapport avec la pénurie ou la multiplicité des tâches des médecins anesthésistes réanimateurs et responsable de leur manque de disponibilité. Pour d'autres praticiens, exerçant dans des spécialités "consommatrices" d'anesthésie, le souhait est grand de voir réaliser par les IADE certains actes d'anesthésie en l'absence de médecins anesthésistes réanimateurs. »*

C'est pour cela que la société française d'anesthésie réanimation, le collège français d'anesthésie réanimation et le conseil national de l'ordre des médecins ont vivement réagi à l'arrivée du décret du 29 juillet 2004.

Déjà le conseil national de l'ordre des médecins avait publié en décembre 2001 des recommandations concernant les relations entre anesthésistes réanimateurs, chirurgiens et autres spécialistes ou professionnels de santé dans lesquelles il est noté : *"l'anesthésie est un acte médical qui ne peut être pratiqué que par un médecin anesthésiste réanimateur qualifié. L'IADE ... ne peut pas entreprendre seul(e) une anesthésie de quelque type que ce soit en l'absence d'un médecin qualifié en anesthésie réanimation."* Ceci confirme donc que l'anesthésie est à l'initiative exclusive du médecin anesthésiste et il précise plus loin dans ce texte les gestes qui doivent être réalisés par l'infirmier ou le médecin (voir page 19).

La SFAR a depuis longtemps préciser sa position vis-à-vis du rôle de l'infirmier anesthésiste diplômé d'État. En 1995, elle a publié des recommandations concernant le rôle de l'IADE (annexe 1) en insistant sur le fait que ces derniers sont les proches collaborateurs des

médecins anesthésistes. Elle souhaitait préciser les modalités de leur formation, leur domaine de compétence, leurs attributions et leurs responsabilités. Elle justifiait sa démarche dans un souci de qualité des soins et de sécurité des patients. Elle précisait à l'époque : *« Les interprétations qui sont parfois données aux textes réglementaires relatifs à leur profession, et la multiplicité des conceptions de l'assistance du médecin anesthésiste réanimateur dans les différents États membres de l'Union Européenne rendent nécessaire cette démarche. »* Dans ses recommandations, il était précisé que l'infirmier anesthésiste pouvait participer à la réalisation d'anesthésies locorégionales.

Dans un texte de 2001 (annexe 2), la SFAR rappelait une fois de plus que *« l'anesthésie est un acte médical »*. Le rôle de l'infirmier anesthésiste est *« d'assister le médecin anesthésiste réanimateur dans la pratique de l'anesthésie et dans l'organisation plus générale de cette activité. (...)Ce rôle comprend notamment (...)l'assistance de celui-ci pour l'exécution des gestes techniques qu'il effectue, la surveillance du déroulement de l'anesthésie,(...). Les fonctions du médecin anesthésiste réanimateur et de l'infirmier(e)-anesthésiste diplômé(e) d'Etat s'inscrivent donc en complémentarité et non en substitution de l'une à l'autre. Ce mode d'exercice offre la meilleure garantie de la qualité des soins prodigués aux patients et de la sécurité de ces derniers. »*

Ce texte avait paru avant que le décret de compétence du 29 juillet 2004 (qui est en fait le même que le décret ministériel numéro 2002 - 194 du 11 février 2002) ne paraisse. En décembre 2002, la société française d'anesthésie réanimation précisait le caractère médical de l'anesthésie (annexe 3) :

*« L'objet du présent texte est de clarifier la notion de caractère **médical** de l'anesthésie. Ce fait serait d'une grande importance au cas où la transgression des dispositions réglementaires dans la réalisation d'un acte aurait entraîné la survenue d'une complication. La responsabilité de chacun resterait pleine et entière puisque nul ne peut se soustraire à sa responsabilité propre (le médecin d' avoir délégué un acte qu'il ne pouvait pas déléguer, et l'IADE d'avoir accepté de le faire alors qu'il (elle) n'en avait pas le droit).*

Avant d'en aborder successivement les différents aspects (réglementaires, éthiques, techniques et de gestion des complications, qualité des soins), il convient de rappeler que la prise en charge du patient anesthésié ne se limite pas à la réalisation du seul acte technique

anesthésique. Cette prise en charge relève d'une démarche intellectuelle médicale commencée dès la consultation d'anesthésie, et qui comporte, outre l'évaluation de l'état de santé du patient et du risque opératoire, son information et la planification de la stratégie péri opératoire visant autant que faire se peut à réduire les risques liés à l'anesthésie et à l'intervention. Cette démarche, poursuivie en peropératoire pour diagnostiquer précocement la survenue d'une complication et la traiter, s'étendra également au réveil et à la période postopératoire. Ainsi l'anesthésie est-elle une succession d'actes diagnostiques et thérapeutiques qui relèvent bien d'un raisonnement médical et de la compétence d'un médecin anesthésiste réanimateur spécialiste formé à cet effet.

1. Aspects juridiques et information du patient

Une obligation de moyens, sinon de résultat, est exigée de façon pressante par le public et, le cas échéant, par les tribunaux en cas de conflit.(...) Il faut rappeler également qu'information et consentement du patient aux soins sont des obligations formulées dans le Code de Déontologie Médicale dans ses articles 35 et 36. Dès 1996 la SFAR avait réfléchi à la nature de cette information et, en 1998, a proposé une fiche d'information sur les risques de l'anesthésie générale et locorégionale remise au patient et commentée lors de la consultation. Il est évident que si l'acte d'anesthésie devait être réalisé par l' IADE seul(e), il conviendrait que le patient en soit clairement informé. En cas de complication ou d'accident lié à une difficulté technique ou à toute autre étiologie, survenant dans la période péri opératoire, à qui demanderait-on réparation ? A l'IADE qui a effectué un geste qui ne figure pas au programme de sa formation et qui n'est pas de sa compétence, au médecin anesthésiste réanimateur qui lui aurait prescrit son exécution ou aux deux ?

Enfin, rappelons que l'acte d'anesthésie figure dans la partie médicale de la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP).

2. Aspects techniques et gestion des complications

L'anesthésie est, comme on l'a vu, une suite rapprochée d'actes diagnostiques et thérapeutiques encadrant un ou plusieurs actes techniques. Devant des réactions adverses et/ou imprévues, des signes anormaux, des variations des constantes hémodynamiques ou respiratoires survenant au cours d' une anesthésie, il faut savoir très rapidement porter un

diagnostic et décider des mesures thérapeutiques qui s'imposent. Seules une formation médicale de spécialité, et une formation continue régulièrement suivie, permettent de le faire avec un maximum de chances de succès pour le patient.

3. Quels bénéfices attendre en termes de qualité des soins ?

Une étude réalisée par Silber et al., sur le devenir des opérés selon que l'anesthésie était pratiquée directement ou non sous la surveillance d'un médecin anesthésiste réanimateur, fait état d'une diminution de mortalité lorsque les médecins anesthésistes réanimateurs dirigeaient directement la procédure anesthésique (15). On aborde là clairement la notion de "perte de chance" pour le patient avec toutes ses conséquences potentielles en matière de responsabilité.

***En conclusion,** la SFAR, après avoir pris connaissance du décret relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier, accueille favorablement les termes de ce texte qui lève toute ambiguïté sur la possibilité pour des médecins non anesthésistes réanimateurs de prendre l'initiative d'une anesthésie dans laquelle l'IADÉ serait le seul professionnel infirmier qualifié. Elle rappelle que les recommandations concernant le rôle des IADÉ qu'elle a publiées en 1995 sont d'actualité. Elle fait siennes les récentes recommandations du CNOM.*

La SFAR, dans son but permanent d'amélioration de la sécurité des malades anesthésiés, affirme que la clarté de la définition des tâches est un élément important de la maîtrise des risques, et qu'elle ne peut être que bénéfique pour le patient et l'équipe anesthésique que constituent IADÉ et médecin anesthésiste réanimateur. »

En résumé, la SFAR affirme le caractère médical de l'anesthésie par la mise en place d'un protocole en pré, per et postopératoire. Ce protocole relève d'une démarche intellectuelle médicale. Elle justifie que les infirmiers anesthésistes ne pratiquent pas les anesthésies locorégionales par le fait que les malades devraient être clairement informés sur la personne qui réalise le geste, que la gestion des complications relève de la compétence d'un médecin anesthésiste et que le tout pourrait retentir sur la qualité des soins. Ainsi, le 23 février 2002 la SFAR précisent les gestes qui doivent être effectués par un médecin anesthésiste réanimateur (annexe 4) :

« En d'autres termes, le décret fait reposer la définition du type de geste technique réalisable par l'IADE sur le seul médecin anesthésiste réanimateur. L'existence de règles professionnelles médicales est donc plus que jamais essentielle.

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 prescription de l'anesthésie incluant le choix du type d'anesthésie (générale, locorégionale), des agents anesthésiques et des modalités de surveillance ;*
- le geste technique permettant la réalisation d'une anesthésie locorégionale (bloc tronculaire, bloc plexique, rachianesthésie, anesthésie péridurale ou caudale, anesthésie locale intraveineuse) ; (...)*

En d'autres termes et pour être clair en donnant des exemples précis, le médecin anesthésiste réanimateur ne peut demander à l'IADE de réaliser une anesthésie locorégionale ni de mettre en place un cathéter veineux profond ou une sonde de Swan-Ganz. Il peut lui confier l'intubation du patient en sa présence, ou la surveillance du patient pendant une phase stable de l'anesthésie alors qu'il peut intervenir à tout moment en cas de problème, ainsi que les réinjections selon le protocole établi.

La SFAR a donc demandé au CFAR, qui a le rôle d'évaluer les formations, d'assurer une coordination des responsables médicaux de l'ensemble des écoles d'IADE, de façon à veiller à la qualité de l'enseignement et à éviter une hétérogénéité des formations. Ceci visant notamment à éviter une hétérogénéité des pratiques, dont il est connu qu'elle est un obstacle à la qualité des soins (au sens de l'assurance de la qualité). »

Ce texte sera complété en 2003, par une réponse du comité de vie professionnelle de la société française d'anesthésie réanimation concernant les recommandations du syndicat national des infirmiers anesthésistes sur l'exercice de la profession d'IADE (annexe 5) :

"Ce document exprime l'opinion d'un syndicat professionnel sur l'exercice de la profession d'infirmier (e) anesthésiste, ce qui ne saurait l'assimiler à des recommandations. Celles-ci désignent en effet, un référentiel de bonnes pratiques, établi selon des règles méthodologiques précises, décrites par l'Agence Nationale pour l'Accréditation et l'Évaluation en Santé (ANAES). Une telle démarche, garante de pertinence et de qualité d'un texte, doit notamment inclure outre une bibliographie sélectionnée et actualisée, la participation de l'ensemble des acteurs impliqués, ainsi que l'identification des points de convergence, de désaccord, et/ou d'incertitude persistante. Son but ultime est de permettre aux professionnels d'apporter au patient le meilleur service rendu.

La Société Française d'Anesthésie Réanimation s'inquiète des conséquences potentiellement délétères qu'impliquerait l'adhésion sans discernement à certains passages dont la rédaction prête à confusion, et émet les plus vives réserves sur certaines opinions exprimées dans ce document.

(...)La Société Française d'Anesthésie Réanimation réitère son opposition formelle à la proposition de pratique d'actes d'anesthésie locorégionale par l'infirmier (e) anesthésiste. Cette position est partagée par les autres instances de l'Anesthésie Réanimation française, tels le Collège Français des Anesthésistes Réanimateurs et le Syndicat des Professeurs d'Anesthésie Réanimation. Les médecins anesthésistes réanimateurs sont par ailleurs tenus d'observer les recommandations du Conseil National de l'Ordre des Médecins, édictées le 9 janvier 2002 : la réalisation d'une anesthésie locorégionale demeure du ressort et de la responsabilité exclusive du médecin anesthésiste réanimateur.

L'anesthésie locorégionale est en effet un acte forcément et exclusivement médical, car, outre la durée longue de l'indispensable formation théorique et technique, elle pose le problème fondamental de sa gestion. Elle implique de disposer des éléments médicaux de décision et d'adaptation face à l'imprévu, de savoir diagnostiquer et traiter instantanément un incident, une complication potentielle ou avérée, de pouvoir assurer la prise en charge d'effets indésirables prolongés ou d'une morbidité alléguée, sur les plans diagnostic, thérapeutique, relationnel, médico-légal, et ceci de façon durable. Cela ne saurait s'acquérir au terme d'une formation professionnelle de deux années, quelle qu'en soit la qualité. Ces données de sécurité sont au cœur du débat, car des complications significatives ne sont pas

exceptionnelles, comme l'a bien montré une étude prospective récente des pratiques, en particulier lors des opérations conduites sous rachianesthésie (Y. Auroy et coll, Anesthesiology 1997 ; 87 : 479-86).

Ceci suffirait à convaincre qui doute encore, que l'anesthésie loco-régionale est, et doit rester, une pratique médicale exclusive. Face à l'enjeu de sécurité, il n'est ni réaliste ni possible sur le plan éthique d'imaginer une possible délégation de pratique sans déni du contrat médecin-malade. Ces mêmes principes de responsabilité et d'éthique professionnelles qui gouvernent l'activité médicale, commandent aussi de veiller à ne pas étendre inconsidérément la responsabilité médico-légale de chacun des membres qui composent l'équipe d'anesthésie. »

Enfin un dernier argument, non avoué de la part des médecins, est le changement de la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) et le catalogue des actes médicaux (CdAM) par la classification commune des actes médicaux (CCAM). En effet, dans cette dernière, l'anesthésie locorégionale sera codée de manière à correspondre à une valeur en euros et bon nombre de médecins ne veulent pas voir glisser des actes qui pourraient leur rapporter de l'argent dans les mains des infirmiers anesthésistes.

Après avoir vu ces différents textes, on s'aperçoit que l'avis des professionnels est partagé à la fois du côté médical que du côté paramédical. Certains considèrent que l'anesthésie locorégionale est une technique et que l'infirmier anesthésiste peut réaliser ce geste : il s'agit là d'un transfert de compétences techniques qui a déjà eu lieu. D'autres pensent que ce geste relève d'une compétence médicale, car comme tout acte il comporte des complications qui devront être gérées. De plus, la responsabilité de chacun serait difficile à évaluer. Il serait donc souhaitable, que la profession des infirmiers anesthésistes réfléchisse sur l'intérêt ou non de ce transfert de compétences. Si ce dernier est envisagé par la profession, il faudrait que celui-ci se fasse avec l'accord des médecins anesthésistes réanimateurs, ce qui n'est pas le cas pour l'instant. Enfin, il resterait à définir les modalités et les conditions de l'élargissement du champ de compétences des IADE.

II – Enquête de pratique déclarée par les infirmiers anesthésiste diplômés d'État dans le département du Puy de Dôme.

1 - Présentation du questionnaire.

Afin de connaître la pratique des infirmiers anesthésistes du département du Puy de Dôme et pouvoir recueillir leurs avis, j'ai élaboré un questionnaire (annexe 6). Celui-ci avait trois objectifs :

- recenser les pratiques en matière d'anesthésie locorégionale dans les établissements publics et privés du Puy-de-Dôme (questions 1 à 5).
- connaître l'avis des infirmiers anesthésistes sur la possibilité de pratiquer une ALR après avoir lu le décret de compétence du 29 juillet 2004 (question 6).
- dans le cas où les professionnels accepteraient ou n'accepteraient pas ce transfert de compétences qu'elles étaient leur raisons et comment envisager ces nouveaux changements du point de vue juridique et au niveau de la formation (questions 7 à 10).

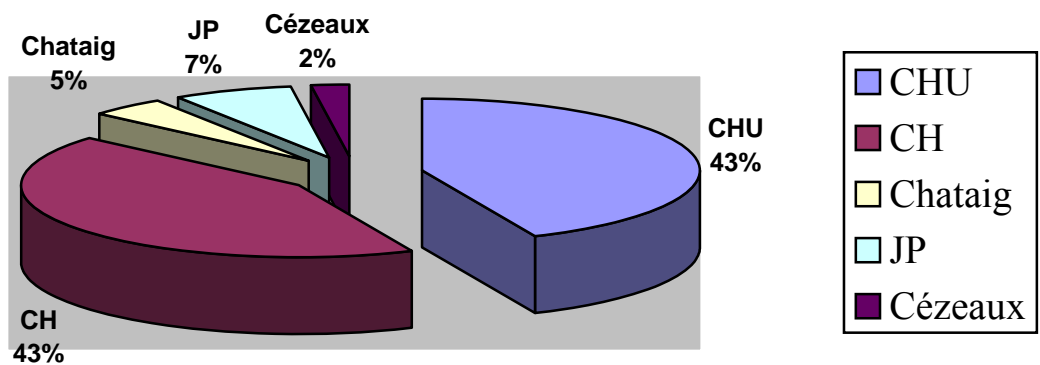
Le questionnaire comportait une dizaine de questions. Il a été déposé dans les établissements publics du Puy-de-Dôme, à savoir : le centre hospitalier universitaire de Clermont-Ferrand (bloc central, maternité, polyclinique...), le centre hospitalier d'Issoire, le centre hospitalier de Riom et le centre hospitalier de Thiers. J'ai également fait passer ce questionnaire dans les établissements privés où travaillent des infirmiers anesthésistes : le centre Jean Perrin, la clinique de la châtaigneraie et la clinique des cézeaux.

2 - Résultats.

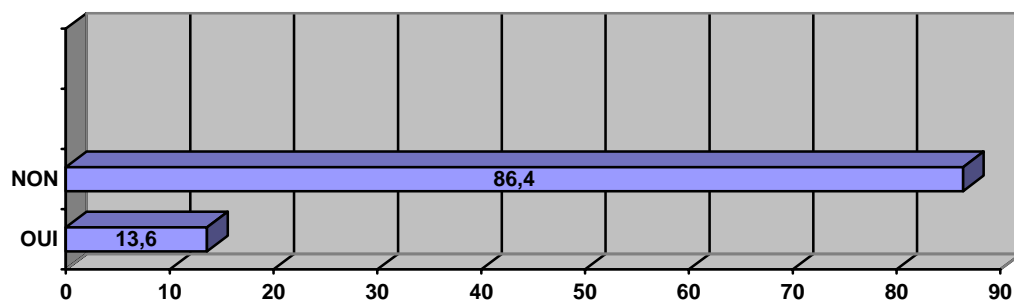
Le taux de retour du questionnaire est de 73.3 %, ce qui peut laisser penser que les infirmiers anesthésistes ont été intéressés par le sujet. En effet, sur 60 questionnaires distribués 44 sont revenus. 38 des questionnaires ont été renvoyés par le secteur public et 6 par le secteur privé. En ce qui concerne la taille de l'échantillon, celui-ci n'est pas représentatif. La représentation du secteur privé par rapport au secteur public est légèrement sous-évaluée, ainsi que la proportion de professionnels travaillant en CHU par rapport à ceux travaillant

dans des centres hospitaliers périphériques. Ceci est dû au manque de temps et à l'importance du travail que cela aurait représenté. Pour pouvoir mieux apprécier le découpage au sein des secteurs, j'ai représenté les réponses de la question 1 sous forme de tableau et de graphiques :

secteur public = 86,4 %	Centre hospitalier universitaire	19 questionnaires
	Centre hospitalier périphérique	19 questionnaires
Secteur privé = 13,4 %	Clinique de la châtaigneraie	2 questionnaires
	Centre Jean Perrin (JP)	3 questionnaires
	Clinique des cézeaux.	1 questionnaire



■ A la question « *pratiquez-vous des anesthésies locorégionales ?* », 86,4 % des professionnels interrogés ont répondu non.

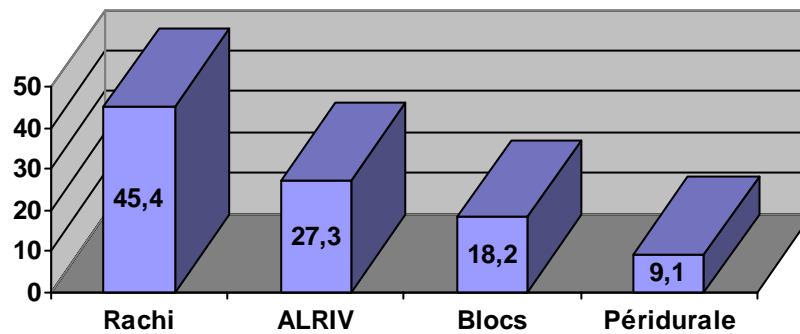


On peut noter que sur les 13,6 % ayant répondu oui, quatre personnes travaillent dans le secteur public et deux dans le secteur privé. De plus, le recoupement entre la question 1 et

la question 3 nous montre que les quatre personnes travaillant dans le secteur public, assurent également des remplacements dans des centres hospitaliers périphériques.

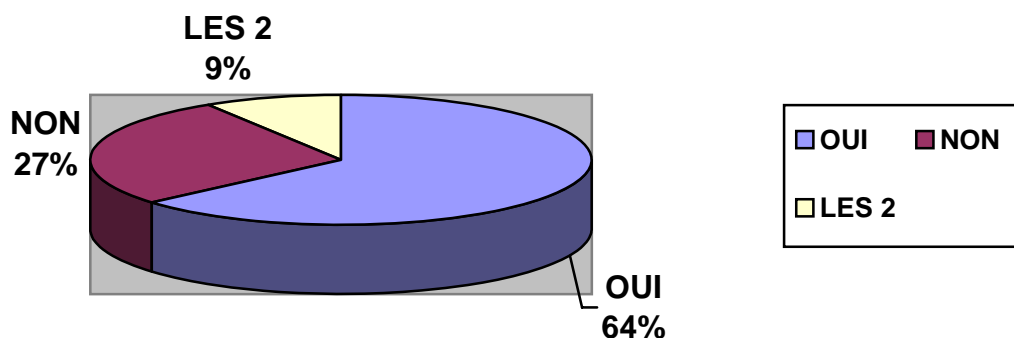
Parmi les anesthésies locorégionale pratiquées par les infirmiers anesthésistes, voyons comment sont représentées les différents types d'ALR.

Pourcentages des types d'anesthésies locorégionales



Si l'on cherche à savoir pourquoi les IADE ne pratiquent pas d'anesthésies locorégionales actuellement, 86,4 % répondent que c'est le médecin anesthésiste ou l'interne en anesthésie réanimation qui effectue ces gestes. 72,3 % expliquent aussi qu'il existe des consignes des médecins et ou de l'encadrement infirmier. En effet, pour 20,4 % des personnes interrogées la consigne est claire : c'est le médecin ou l'interne qui réalise l'anesthésie locorégionale. De plus, si l'on demande aux infirmiers anesthésistes s'il s'agit d'un refus de leur part : 22,7 % répondent oui, 36,3 % répondent non et enfin 41 % ne se prononcent pas.

■ La deuxième partie du questionnaire consistait à faire lire le décret de compétences du 29 juillet 2004 aux IADE et à leur demander (d'après leur interprétation du texte) s'ils avaient le droit de réaliser des anesthésies locorégionales. Voici le résultat :

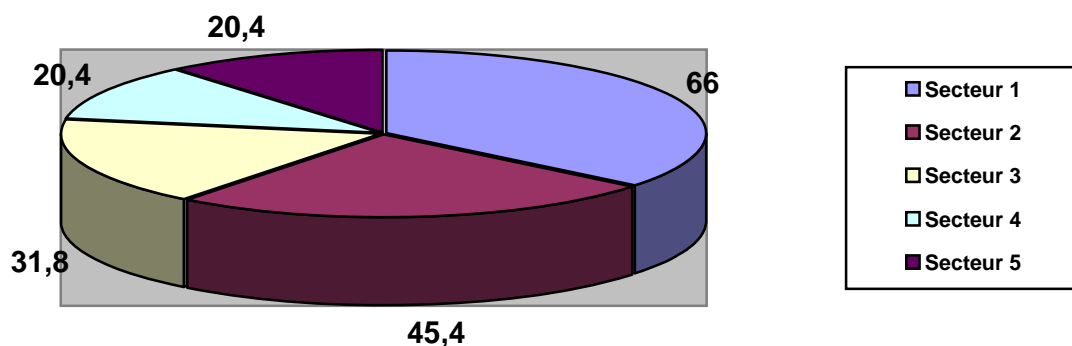


On s'aperçoit donc qu'une majorité d'infirmiers anesthésistes pensent qu'il est possible de réaliser des anesthésies locorégionales et ce à l'initiative exclusive du médecin anesthésiste

réanimateur. Pour 9 % des personnes interrogées, le texte est ambigu car ils répondent à la fois oui et non à la question.

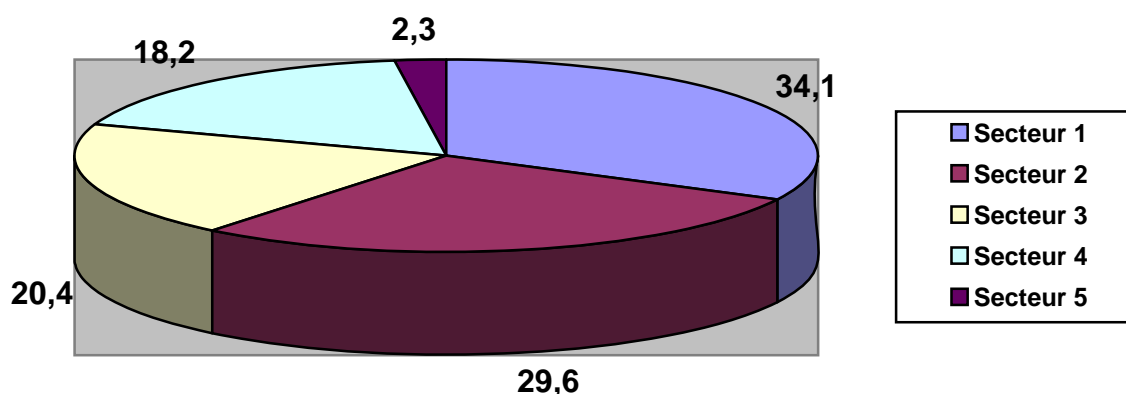
■ Lorsque l'on s'intéresse aux raisons et aux conditions que les IADE émettent, on s'aperçoit que c'est la délégation du geste qui se trouve être la première raison pour laquelle les paramédicaux accepteraient de pratiquer des anesthésies locorégionales. Dans le tableau suivant figure les autres raisons et conditions classées par pourcentage décroissant :

Car c'est une délégation du médecin anesthésiste réanimateur (secteur 1).	66 %
Oui, sous réserve d'avoir une formation théorique et pratique sur les anesthésies locorégionales (secteur 2).	45.4%
Oui, sous réserve d'avoir une formation sur la gestion des complications des anesthésies locorégionales (secteur 3).	31.8%
Oui, sous réserve d'avoir une reconnaissance plus explicite au niveau du décret de compétence (secteur 4).	20.4%
Oui, sous réserve d'avoir une reconnaissance salariale de cette nouvelle compétence et de ces nouvelles responsabilités (secteur 5).	20.4%



■ Pour les 27,4 % qui répondent que l'infirmier anesthésiste ne peut pas réaliser des anesthésies locorégionales, voici les raisons pour lesquelles ils pensent que cela n'est pas possible :

Toute anesthésie est un geste médical relevant de la compétence d'un médecin anesthésiste réanimateur (secteur 1).	34.1 %
Seul un médecin anesthésiste réanimateur est apte à gérer les complications d'une anesthésie locorégionale (secteur 2).	29.6 %
En cas de problème, difficulté à déterminer la responsabilité de chacun (secteur 3).	20.4 %
S'il y a multiplication des acteurs il y aura multiplication des risques (secteur 4).	18.2 %
Autre : techniques non apprises (secteur 5).	2.3 %



■ Enfin à la question : « si l'on accepte de former les infirmiers anesthésistes aux anesthésies locorégionales, sous quelle forme l'imaginez-vous ? », beaucoup de professionnels envisageraient que cette formation soit incluse dans les deux ans de spécialisation. Ils insistent sur le fait qu'il faudrait à la fois une formation théorique (avec des notions d'anatomie plus poussées), une formation pratique et une autre pour la gestion des complications. D'autres voudraient voir apparaître cette formation sous la forme d'un diplôme universitaire, ce qui permettrait aux professionnels exerçant déjà depuis plusieurs années d'y avoir accès.

III – Discussion.

1 – Limites et interprétation du questionnaire.

Nous avons vu que les IADE pratiquent des anesthésies locorégionales depuis l'enquête du SNIA en 2001 et encore actuellement en Auvergne. Nous savons que les textes sont litigieux et interprétés de différentes manières. Certains souhaiteraient que les ALR restent un geste médical pour de nombreuses raisons (que nous avons vu et que nous rappellerons) et d'autres essaient de se situer dans cette relation triangulaire infirmier anesthésiste – médecin – malade pour essayer de promouvoir une prise en charge et des soins de qualité, avec toutes les difficultés que comporte la situation anesthésique.

Pour cela nous devons donc nous rappeler de l'histoire de cette profession spécialisée qu'est le métier d'infirmier anesthésiste, des arguments développés par certains pour élargir leur champ de compétences et des risques que représentent une situation où chacun peut outrepasser ses limites et devenir dangereux pour la personne soignée.

Pour permettre d'éclaircir le débat nous nous appuierons sur l'enquête de pratiques réalisée dans le Puy de Dôme durant la période de février à mars 2005.

A propos du questionnaire en lui-même, je voudrais remercier les professionnels interrogés pour leur franchise et leur sincérité. En effet, avec un taux de retour de 73%, il me semble que la question des anesthésies locorégionales pratiquées par des infirmiers anesthésistes intéresse les personnels de terrain. Cependant, il faut préciser que l'échantillon de 44 personnes qui ont répondu n'est pas représentatif et que les conclusions que l'on pourrait tirer de cette enquête ne sont valables qu'au point de vue local. Il faut savoir qu'au sein du secteur public, les IADE travaillant en CHU sont sous représentés. Cela n'est pas volontaire, mais il se trouve que le taux de retour en CHU a été moins important que l'autre secteur du public et notamment dans les blocs où l'on pratique peu d'ALR. Une deuxième raison, sûrement est qu'il aurait fallu que je distribue encore plus de questionnaires en CHU et cela m'a été impossible d'un point de vue physique et matériel.

En ce qui concerne la compréhension du questionnaire, cela n'a apparemment pas posé de problème puisque que j'ai eu peu de remarques lorsque j'ai déposé et que j'ai récupéré les questionnaires. La seule question qui m'ait posé problème lors de l'interprétation des résultats est la cinquième. Cette dernière portait sur les raisons pour lesquelles les IADE ne pratiquent pas d'ALR. Je proposais deux voies de réflexion. Dans la deuxième qui était : existe-t-il des consignes précises du médecin anesthésiste réanimateur ou de l'encadrement infirmier, je donnais le choix de répondre par oui ou par non et à la réponse non, j'ajoutais encore une question : s'agit-il d'un refus de votre part. Il se trouve que 41 % des gens ayant répondu qu'il existait des consignes n'ont pas dit s'il s'agissait d'un refus et ensuite seulement 22,7 % des personnes interrogées ont précisé qu'ils refusaient. On voit donc que 36,3 % des infirmiers anesthésistes ne sont pas contre le fait de réaliser des ALR malgré des consignes explicites des médecins ou de la hiérarchie infirmière. Faut-il voir dans ce pourcentage une volonté de contradiction, ou bien que les infirmiers anesthésistes aimeraient s'affranchir du regard médical sur ce que doit être notre profession ? En outre, ces derniers invitent régulièrement à la SFAR les professionnels IADE à participer aux débats mais ne permettent en aucun cas de représentation paramédicale dans les structures de direction de ces sociétés savantes. Or les infirmiers anesthésistes participent aux huit millions d'anesthésies réalisées en France chaque année, il serait peut-être judicieux de prolonger la collaboration lorsqu'il s'agit des questions réglementaires.

2 – Les infirmiers anesthésistes du Puy de Dôme qui pratiquent des anesthésies locorégionales.

S'agissant du nombre de personnels paramédicaux spécialisés en anesthésie qui réalise des anesthésies locorégionales, il est de 13,6 %. De plus, ce sont des professionnels qui appartiennent au secteur public (environ 67 %) et qui travaillent dans des centres hospitaliers périphériques.

Les infirmiers anesthésistes qui réalisent des ALR pratiquent essentiellement des rachianesthésies. On s'aperçoit que les anesthésies locorégionales avec mise en place d'un dispositif de réinjections (ALRIV et périurale) sont aussi réalisées, mais que les périurales ne représentent que 9,1 % contre 27,3 % pour les anesthésies locorégionales intraveineuses. Il

me semble que ce dernier chiffre concernant les ALRIV est sous-estimé car je n'avais pas volontairement proposé cette réponse dans les questionnaires. En effet, il faut considérer l'ALRIV comme une anesthésie locorégionale à juste titre, mais ce qui m'intéressait c'était de savoir combien d'infirmiers anesthésistes pratiquent des ALR autres que l'ALRIV. Si on en croit l'avis des professionnels concernés (médecins anesthésistes réanimateurs et IADE), l'ALRIV n'est pas considérée comme une anesthésie locorégionale du fait qu'elle n'est pas souvent pratiquée, mais aussi que les complications sont moindres et plus facilement décelables. Enfin, la technique est bien connue des infirmiers anesthésiste, puisqu'il s'agit de mettre en place un garrot et un cathéter veineux périphérique.

Avec cette question de l'ALRIV, on voit bien toute l'ambiguïté de la question et notamment des textes. C'est à mon avis un type d'ALR, le plus souvent pratiqué par les IADE (comme le montre l'enquête de 2001). Pourtant il y a mis en place d'un dispositif médical de réinjections. Ce devrait donc être, d'après le décret de compétences un geste réalisé exclusivement par le médecin anesthésiste réanimateur.

On peut alors se poser la question de savoir ce qu'est l'anesthésie telle qu'elle est définie par la SFAR. S'il s'agit « *d'un acte médical* » comme le décrit le texte de décembre 2002 consistant en « *une démarche intellectuelle médicale commencée dès la consultation d'anesthésie, et qui comporte, outre l'évaluation de l'état de santé du patient et du risque opératoire, son information et la planification de la stratégie péri opératoire visant autant que faire se peut à réduire les risques liés à l'anesthésie et à l'intervention.(...) Ainsi l'anesthésie est-elle une succession d'actes diagnostiques et thérapeutiques qui relèvent bien d'un raisonnement médical et de la compétence d'un médecin anesthésiste réanimateur spécialiste formé à cet effet.* »

On voit alors qu'il ne s'agit pas d'un acte mais de la succession d'actes qui relèvent plutôt d'une procédure. Au sein de cette procédure, le médecin et l'infirmier anesthésiste réalisent des actes et ce à l'initiative exclusive du médecin. On voit bien que la notion d'acte médical en ce qui concerne l'anesthésie n'est pas fondée, puisque cela impliquerait que n'importe quel médecin (quelle que soit sa spécialité) serait plus à même qu'un IADE d'intuber, de ventiler ou bien de gérer une anesthésie et ce parce qu'il est médecin.

Si la décision et la gestion de l'anesthésie qui s'étend de la consultation pré anesthésique au suivi des complications post opératoire inhérente à l'anesthésie, sont du ressort d'un médecin spécialisé en anesthésie réanimation, l'application des techniques permettant de réaliser cette anesthésie peut-être envisager par les deux professionnels qui connaissent le mieux l'anesthésie, à savoir le médecin anesthésiste réanimateur et l'IADE comme c'est le cas pour la réanimation peropératoire ou l'intubation.

On voit donc qu'il serait temps qu'il y ait un débat entre les médecins qui délèguent certains gestes, ceux qui ne le font pas et la profession IADE pour réussir à savoir quels actes techniques permettant l'anesthésie peuvent être confiés à l'IADE.

Pour finir, il ne faut pas réduire le rôle de l'IADE à un technicien et toujours se rappeler qu'il est infirmier avec des compétences supplémentaires et qu'il ne saurait se substituer au médecin anesthésiste réanimateur.

3 – Quel est l'avis des infirmiers anesthésistes du Puy de Dôme concernant le décret de compétence du 29 juillet 2004.

Il subsiste une difficulté car le décret de compétences actuelle est en vigueur depuis le 11 février 2002. Cela veut donc dire que depuis trois ans, le débat n'est pas clos : il y a d'un côté la SFAR qui a son interprétation du texte et qui pense que les ALR ne peuvent être confiées aux IADE et de l'autre les infirmiers anesthésistes qui ont eux aussi leur propre interprétation et qui réalisent ou non des ALR par délégation de médecins. Ces derniers apparemment ne se rallient pas à l'avis des sociétés savantes médicales.

Si l'on pose la question aux IADE et c'est ce que j'ai fait dans le département du Puy de Dôme, pour connaître leurs interprétations du décret de compétence : 64 % répondent positivement au fait que le texte les autorisent à pratiquer des ALR. Parmi les raisons qui motivent cette réponse, 66 % reconnaissent que c'est une délégation médicale. Cependant 45,4 % aimeraient avoir une information ou une remise à niveau sur la théorie et la pratique des anesthésies locorégionales. La moitié seulement (31,8 %) voudraient aussi une formation spécifique à la gestion des complications.

Parmi ceux qui répondent non à la question, deux arguments arrivent en tête : l'anesthésie est un geste médical et seul le médecin anesthésiste réanimateur est apte à gérer les complications d'une ALR.

Que faut-il en conclure ? Que 64 % des IADE du Puy de Dôme sont prêts à faire des ALR ? Non sûrement pas. Une majorité des professionnels interrogés ont une interprétation différente de celle de la SFAR et le problème reste entier. À l'heure des référendums, ne serait-il pas temps qu'il y ait une concertation entre les médecins et les infirmiers anesthésistes, entre IADE et entre médecins spécialisés. En effet, le législateur a peut-être essayé de combler un vide juridique car lorsque le décret a paru en 2002, l'enquête du SNIA de 2001 montrait que les IADE pratiquaient déjà des anesthésies locorégionales. Toutefois et comme souvent, il ne me semble pas qu'il y ait eu avant l'élaboration de ce texte une concertation avec les professionnels et c'est ce qui fait défaut actuellement.

Quelles solutions envisagées pour la pratique quotidienne ? Je crois qu'il faut garder à l'esprit une chose indispensable : la collaboration entre médecin anesthésiste et IADE est essentielle pour la sécurité et la qualité des soins apportés aux patients. Certes il existe une réalité sur le terrain : des médecins qui délèguent des ALR à des infirmiers anesthésistes qui acceptent de les faire. Mais qu'en est-il des risques pour le patient et pour les professionnels ? Il me semble alors intéressant de rappeler certains articles du décret du 16 février 1993 relatif aux règles professionnelles des infirmiers qui constituent les règles déontologiques de notre profession :

article 3: « l'infirmier ou l'infirmière n'accomplit que les actes professionnels qui relèvent de sa compétence... »

article 14 : «l'infirmier ou l'infirmière est personnellement responsable des actes professionnels qu'il est habilité à effectuer. Dans le cadre de son rôle propre, l'infirmier ou l'infirmière est également responsable des actes qu'il assure... »

article 26 : « l'infirmier ou l'infirmière agit en toute circonstance dans l'intérêt du patient. »

article 46 : « tout manquement aux règles professionnelles est susceptible d'entraîner des poursuites devant la commission de discipline des infirmiers... »

De plus, le code pénal stipule dans l'article L. 121 - 1 : « *nul n'est responsable pénalement que de son propre fait...* » et dans l'article 223 - 2 : « *le fait d'exposer directement autrui à un risque de mort ou de blessures de nature à entraîner une mutilation ou une infirmité permanente par la violation manifestement délibérée d'une obligation particulière de sécurité ou de prudence imposée par la loi ou le règlement est puni d'un an d'emprisonnement et de 15 000 € d'amende* ».

Il est vrai que le décret numéro 94 - 1050 du 5 décembre 1994 relatif à la pratique de l'anesthésie précise que l'anesthésie est un « *acte médical dont le choix et la réalisation incombe au médecin anesthésiste qui peut confier, sous son entière responsabilité, certains gestes à l'IADE* » et qu'il existe des recommandations du SNIA qui ont le mérite d'avoir été élaborées par des infirmiers anesthésistes. Cependant, elles ne respectent pas les règles méthodologiques de l'ANAES et je pense qu'il serait irresponsable d'accepter de réaliser un geste pour lequel on n'a pas été formé et qui présente un risque supplémentaire pour le malade.

Pour revenir aux questionnaires, ceux-ci montrent que les IADE sont prêts pour certains à aller dans le sens du décret du 29 juillet 2004, mais cela doit se faire à certaines conditions. Tout d'abord une réflexion et un débat au sein de notre profession, puis une concertation avec les médecins anesthésistes réanimateurs qui sont à même de savoir ce qui peut être ou non délégué à l'infirmier anesthésiste. Enfin, si tous les professionnels sont d'accord pour un transfert de compétences, cela doit forcément passer par une information pour les anciens et les nouveaux professionnels paramédicaux, mais aussi par une reconnaissance des pouvoirs publics de ces nouvelles responsabilités.

Une possibilité demeure et semble être intéressante dans le cas où tous les IADE ne soient pas d'accord, c'est que les ALR soient intégrées dans une formation optionnelle sous forme de diplôme universitaire, comme c'est le cas pour la douleur ou la circulation extracorporelle.

Conclusion

En résumé, j'espère avoir bien montré comment s'est construite la profession d'IADE. Au départ, si elle a été assurée par bon nombre de personnes, aujourd'hui c'est un soignant avec son rôle propre et ses compétences issues du métier infirmier qui semble être le plus à même d'assurer les besoins de la personne anesthésiée et ce en collaboration avec le médecin anesthésiste réanimateur. J'ai ensuite montré qu'elle était la situation actuelle de notre profession dans la structuration de notre champ de compétences à travers un exemple qu'est la réalisation des anesthésies locorégionales par les infirmiers anesthésistes. En effet, suite à l'apparition d'un décret de compétences en février 2002 puis réactualisé en juillet 2004, il persiste un débat autour de l'interprétation de ce texte. Cela pose problème car comme le montre une enquête nationale de 2001 réalisés par le SNIA et l'enquête que j'ai menée dans le Puy-de-Dôme en 2005, il existe des médecins anesthésistes qui délèguent à des IADE des ALR pour lesquelles nous ne sommes pas formés. C'est donc à ce débat éthique que j'ai essayé de participer en présentant les arguments des uns et des autres. Il en ressort que l'interprétation du décret du 29 juillet 2004 est plutôt en faveur de la réalisation d'ALR par des IADE, mais actuellement ce n'est pas le cas dans les blocs opératoires. En outre, chacun des professionnels a conscience qu'il serait dangereux pour le malade d'accepter de réaliser un geste pour lequel on n'a pas été formé. Ainsi je pense que la majorité des infirmiers anesthésistes connaissent leurs limites et assurent pleinement leurs responsabilités pour apporter au malade des soins de qualité en toute sécurité.

Bibliographie

LIVRES :

- AMALBERTI R. La conduite des systèmes à risques, le modèle compétence comme outil de base de la gestion collective, PUF, 1996 ;44.
- BALAGNY E. Infirmier anesthésiste. Cadre réglementaire, exercice professionnel, responsabilité. Traité d'anesthésie générale à mises à jour périodiques, Dalens B, partie IX, chapitre 4, Arnette, février 2001 ;1-11.
- RAYNAL F, RIEUNIER A. Pédagogie : dictionnaire des concepts clés, ESF édition, deuxième édition, 1998 ;353.

PERIODIQUES :

- CONGE E. La responsabilité de l'infirmier(e) anesthésiste, INTER BLOC, tome XXI, numéro 4, décembre 2002 ;283 : 262-264.
- DEVERS G. Décret, le point de vue juridique, SOINS, avril 2002 ; 664 : 10.
- FAUCON T. Le nouveau décret de compétence des infirmières : un texte réaliste et cohérent, RESPONSABILITE, juin 2002 ; 20 : 6.
- GALPERINE M. Décret d'actes et la responsabilité de l'infirmier anesthésiste, OXYMAG, décembre 2002 ; 69 : 17.
- ROD P. L'IADE, un infirmier avancé, OXYMAG, avril 2003, 32 : 17-19.
- TRIBOULE C, VINH MP. Apprendre à dire non, OXYMAG, avril 2003, 32 : 21-22.

TEXTES OFFICIELS :

- code pénal articles L. 121 –1 et 223-1.
- décret du 16 février 1993 relatif aux règles professionnelles et des infirmiers et des infirmières.
- décret numéro 94-1050 du 5 décembre 1994 relatif à la pratique de l'anesthésie.
- décret numéro 95-564 du 6 mai 1995 relatif au codage des actes et des prestations remboursables par l'assurance-maladie.
- la loi du 10 juillet 2000.

- arrêté du 17 janvier 2002 relatif à la formation conduisant au diplôme d'État d'infirmier anesthésiste.
- décret numéro 2002-194 du 11 février 2002 relatif à aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier.
- loi du 4 mars 2002 relatif aux droits des malades et à la qualité du système de santé.
- décret numéro 2004-802 du 29 juillet 2004 relatif aux parties IV et V (dispositions réglementaires) du code de la santé publique et modifiant certaines dispositions de ce code.

Aujourd'hui c'est l'infirmier anesthésiste (IADE) avec son rôle propre et ses compétences qui semble être le plus à même d'assurer les besoins de la personne anesthésiée et ce en collaboration avec le médecin anesthésiste réanimateur. La situation actuelle de notre profession et notre champ de compétences se modifient. A travers un exemple qu'est la réalisation des anesthésies locorégionales (ALR) par les infirmiers anesthésistes et avec l'étude du décret de compétences du 29 juillet 2004, nous voyons qu'il persiste un débat autour de l'interprétation de ce texte. Cela pose problème car comme le montre l'enquête que j'ai menée dans le Puy-de-Dôme en 2005, il existe des médecins anesthésistes qui délèguent à des IADE des ALR pour lesquelles nous ne sommes pas formés. En outre, chacun des professionnels a conscience qu'il serait dangereux pour le malade d'accepter de réaliser un geste pour lequel on n'a pas été formé.