

L'anesthésie-réanimation dans la pratique de la médecine

Chaque spécialité médicale présente des spécificités dans sa pratique et l'anesthésie-réanimation ne fait pas exception. Cependant, la pratique de la médecine repose sur des principes communs qui sont rappelés dans ce document. Les spécificités de l'anesthésie-réanimation sont également précisées.

La pratique médicale

Dans l'exercice libéral le fondement de la pratique médicale est qu'un patient passe un contrat de soins avec un médecin ou une équipe de médecins et que seuls ceux-ci sont aptes à prendre, après accord du patient, toutes les décisions concernant la prise en charge médicale. Ce contrat engage la responsabilité du médecin. Celui-ci doit au patient des soins en accord avec les données acquises de la science médicale. Le code de déontologie médicale fixe dans le détail les obligations du médecin à l'égard de son patient. Dans les établissements publics, le lien entre le patient et le médecin n'est pas de type contractuel, mais les obligations sont identiques en terme de respect des données acquises de la science et, plus généralement, de qualité et de sécurité des soins.

L'anesthésie-réanimation

L'anesthésie est un acte médical qui ne peut être pratiqué que par un anesthésiste-réanimateur qualifié : titulaire du CES ou du DES d'anesthésie-réanimation ou d'une équivalence donnée par l'Ordre des médecins. Les internes du DES d'anesthésie-réanimation titulaires d'une licence de remplacement peuvent pratiquer l'anesthésie sous leur responsabilité pendant la durée officielle de la période de remplacement dans le cadre de la médecine libérale.

Une spécificité évidente de cette spécialité médicale est le travail en équipe nécessaire pour assurer la continuité des soins. Là encore il est bien évident que le patient se confie à un ou plusieurs médecins et qu'il a été informé de cette particularité qui a pour but d'assurer en permanence sa sécurité et son confort. Le présent texte s'intéresse surtout à la pratique de

l'anesthésie pour actes interventionnels quels qu'ils soient (chirurgie, radiologie interventionnelle, médecine interventionnelle, endoscopie...).

Seul l'anesthésiste-réanimateur décide de la stratégie médicale à mettre en œuvre. Il pratique une consultation pré-anesthésique pour établir sa stratégie de soins. Brièvement il choisit l'anesthésie générale, l'anesthésie locorégionale... ; il choisit les médicaments appropriés, les techniques de surveillance per et postopératoire, l'ensemble des soins péri-opératoires y compris la prise en charge de la douleur...(la liste n'est bien évidemment pas limitative). Il est dans l'obligation également de pratiquer une visite pré-anesthésique.

Pour assurer une stratégie de soins optimaux l'anesthésiste-réanimateur décide seul ou avec des collègues de la même spécialité et éventuellement des opérateurs, de l'équipe de soins qui lui sera utile pour la prise en charge de son patient. Cette décision est de la seule responsabilité de l'anesthésiste-réanimateur qui a le patient en charge et il en informe son patient.

Le patient est associé à cette démarche médicale, il est informé et donne son consentement éclairé. L'anesthésiste-réanimateur précise à son patient que s'il est assisté d'un infirmier(e) anesthésistes diplômé(e) d'état (IADE) celui-ci pourra assurer une partie de la surveillance de la période péri-opératoire.

Relations entre anesthésistes-réanimateurs et IADE

Les IADE sont les collaborateurs privilégiés des anesthésistes-réanimateurs. Leur formation et leurs compétences sont régies par des textes réglementaires. Les IADE travaillent sous la responsabilité d'un anesthésiste-réanimateur, sur prescriptions médicales. L'IADE aide l'anesthésiste-réanimateur dans sa tâche mais ne peut entreprendre seule une anesthésie de quelque type que ce soit sans la présence effective d'un anesthésiste-réanimateur qualifié. Si c'était le cas il faut rappeler qu'aucun contrat de soins ne lie de façon directe l'IADE et le malade anesthésié. On serait donc en contradiction flagrante avec les principes de la pratique de la médecine.

Les relations entre les anesthésistes-réanimateurs et les IADE sont détaillées dans le document : « Recommandations concernant les relations entre anesthésistes-réanimateurs, chirurgiens et autres spécialistes ou professionnels de santé » (Conseil national de l'ordre des médecins, édition décembre 2001).

L'anesthésiste-réanimateur peut confier à l'IADE, temporairement et sous la responsabilité de l'IADE la surveillance d'un patient anesthésié à condition que le dit anesthésiste-

réanimateur soit à proximité de la salle d'opération et disponible immédiatement. La présence de l'anesthésiste-réanimateur est obligatoire auprès du patient dans un certain nombre de situation ; on peut citer les cas suivants (liste non limitative dépendant du patient et du type d'intervention) :

- toute période où il est prévisible que puissent survenir des perturbations des fonctions physiologiques, essentiellement cardio-circulatoire, respiratoire, neurologique...
- extubation d'un patient ayant fait l'objet d'une intubation « difficile » ou toute extubation à risque potentiellement majoré.
- mise en place d'un dispositif pour une anesthésie locorégionale (celui-ci est obligatoirement mis en place par un anesthésiste-réanimateur).

Sans entrer dans les détails l'IADE a un rôle propre en tant qu'infirmier diplômé d'état et en tant qu'IADE : ceci est détaillé dans le décret 2004-802 du 29 Juillet 2004 (article R.4311-12).

Dans tous les cas, et en raison encore une fois du contrat qui lie l'anesthésiste-réanimateur à son patient, l'IADE, en dehors de son rôle propre, est sous la responsabilité médicale du dit anesthésiste-réanimateur.

Le rapport Berland (septembre 2006) a statué sur le sujet des délégations de tâches qui peuvent s'effectuer entre un anesthésiste-réanimateur et un IADE. Il n'y a pas de raison en 2010 pour revenir sur ce document.

Pour synthétiser c'est l'anesthésiste-réanimateur qui définit la stratégie anesthésique et la place que doit y tenir l'IADE et ceci pour chaque patient. Ceci engage la responsabilité du médecin et celle de l'IADE pour ce qu'il fait.

Démographie des professionnels de l'anesthésie

Les problèmes de démographie touchent toutes les professions de santé et toutes les spécialités médicales ou para-médicales. Si l'anesthésie-réanimation n'échappe pas à la règle, il en est exactement de même pour les IADE. Dans les différentes écoles de formation d'IADE, des postes ne sont pas pourvus chaque année et rien n'indique que la situation va aller en s'améliorant. Enfin la pyramide des âges n'est pas plus favorable aux IADE qu'aux médecins anesthésistes-réanimateurs.

Cependant la démographie est certainement plus favorable aux anesthésistes-réanimateurs qu'aux IADE. En effet, pour les premiers tous les postes sont pourvus à l'examen classant

national, souvent pris par les internes les mieux classés. Il y a deux ans des postes supplémentaires ont été attribués à la filière « anesthésie-réanimation » : ils ont été tout de suite choisis. Si plus de postes sont proposés, ils seront de même choisis et ceci s'oppose comme dit plus haut à des promotions incomplètes, chaque année, dans beaucoup d'écoles de formation d'IADE.

Pour répondre aux besoins des opérateurs, seules des restructurations importantes permettront de dégager du temps médical et para-médical. Les solutions sont nombreuses mais toujours difficiles à appliquer et ne dépendant pas que des anesthésistes-réanimateurs.

On peut citer quelques exemples :

- restructuration des blocs opératoires pour privilégier les secteurs ou les temps d'utilisation des salles sont insuffisants.
- Rapprochement géographique des plateaux techniques chirurgicaux et interventionnels non chirurgicaux.
- meilleure organisation des programmes opératoires avec respect des horaires de début et de fin.
- absence de programmations ou de déprogrammations « sauvages »
- regroupement des hôpitaux pour offrir une offre de soins cohérente...

Pratiques avancées

Les anesthésistes-réanimateurs comprennent très bien que les IDE et les IADE s'engagent dans la réflexion sur « les pratiques avancées » si cela est une étape incontournable pour évoluer vers la formation dans le cadre du LMD. Par contre ces « pratiques avancées » doivent rester dans des domaines où les compétences des IADE sont réelles. Il serait plus judicieux de les voir approfondir les domaines de la sécurité, de la qualité, de l'hygiène, de l'encadrement, de la formation, de la prise en charge de la douleur postopératoire dans les cadres des protocoles de service.

Il y a d'autres domaines où peuvent se développer des pratiques avancées comme par exemple les services de réanimation (IADE en tant que personnes ressources).

Si l'on considère la pratique actuelle de l'anesthésie-réanimation en France, on peut considérer que les IADE sont déjà largement engagés dans des « pratiques avancées » :

- participation à tous les stades de l'anesthésie, y compris la surveillance du patient sans la présence du médecin anesthésiste dans la salle d'opération pendant la phase peropératoire.

- maîtrise du fonctionnement de nombreux appareils de surveillance et de suppléance, ce qui peut aller jusqu'au dispositif sophistiqué de récupération de sang en période péri-opératoire.
- participation à la phase de réveil en SSPI
- participation à la prise en charge de la douleur postopératoire
- détection d'évènements anormaux des grandes fonctions physiologiques conduisant à l'appel de l'anesthésiste-réanimateur...

Par ailleurs, si l'on compare aux pratiques européennes (voir tableau joint) les pratiques IADE en France sont parfaitement dans la norme des grands pays développés.

L'anesthésie-réanimation en France s'est engagée depuis plusieurs décennies dans l'organisation de « pratiques avancées » pour les IADE, encadrées par une formation initiale et continue de haut niveau, ce qui a largement contribué à la nette progression de la sécurité que l'anesthésie-réanimation apporte aux patients.

Le Président de la Sfar
Professeur Pierre Carli

La Présidente du Cfar
Professeur Annick Steib

le Président du CNU
Professeur Gérard Janvier

Le Président du Snarf
Docteur Michel Levy

La Présidente du SNPHAR
Docteur Nicole Smolski

le Président du Smarnu
Docteur James Brodeur

Statut opérationnel des IADE en Europe

| | Durée des études IADE (années) | Niveau de formation supplémentaire après études IADE (optionnel) | Anesthésie patients ASA I – II (endoscopies essentiellement) | Surveillance seule en salle – médecin joignable | Surveillance seule en salle – médecin non joignable | Rachi. Péri. | KT central | Consultations pré-op |
|-------------|--------------------------------|--|--|---|---|--------------|------------|----------------------|
| France | 2 | non | non | oui | non | non | non | non |
| Suisse | 2 | non | non | oui | non | non | non | non |
| Pays Bas | 3 (+ 2,5 ans) | oui (+ 2,5 ans) | oui (+ 2,5 ans) | oui | non | non | non | oui (+ 2,5 ans) |
| Espagne | Pas d'IADE | | | | | | | |
| Suède | 1 | non | oui | oui | non | non | non | oui |
| Allemagne | 2 | non | non | oui | non | non | non | non |
| Belgique | 1 | non | non | non | non | non | non | non |
| Royaume Uni | 2 | non | non | oui | non | non | non | non |