

# **Médecin Anesthésiste-Réanimateur (MAR) et IADE : Qui est responsable de quoi ? Le point de vue de MAR de CHU**

Olivier Fourcade, Kamran SAMII  
CHU de Toulouse

## **1. « Hier » : les principes**

**Quel est le cadre dans lequel MAR et IADE doivent travailler ensemble ?**

C'est le décret de compétence du 11 février 2002 qui le fixe :

« L'IADE 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 :

- anesthésie générale.
- anesthésie loco-régionale et réinjections dans le cas où un dispositif a été mis en place par un médecin.
- 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. »

**Quel est le médecin qui devra assurer cet encadrement ?**

Le décret du 5/12/94 ne laisse de place à aucun doute. Il est bien stipulé que la consultation est faite par un médecin Anesthésiste-Réanimateur et que l'anesthésie est réalisée sur la base d'un protocole établi et mis en œuvre sous la responsabilité d'un médecin Anesthésiste-Réanimateur. Donc contrairement aux Etats Unis, l'IADE ne peut exercer sous la responsabilité d'un chirurgien ou d'un autre opérateur.

## **2. « Aujourd'hui » : les questions actuelles et des propositions de réponses**

**L'IADE peut il pratiquer une ALR ?**

Le décret de compétence stipule que « l'IADE est seul habilité, ....,à appliquer les techniques suivantes :.....anesthésie loco-régionale et réinjections dans le cas où un dispositif a été mis en place par un médecin ».

Certains ont interprété les termes de ce décret de façon permissive, affirmant que s'il y a pose de cathéter celui-ci doit être mis en place par le MAR mais que l'ALR « single shot » est réalisable par l'IADE. Une telle interprétation ne nous paraît pas acceptable sur le plan médical car le risque de complication neurologique traumatique est avant tout le fait des aiguilles et non des cathéters.

Il est vrai que lorsqu'un cathéter est utilisé, celui-ci doit obligatoirement être mis en place par l'Anesthésiste-Réanimateur et l'IADE (et la Sage Femme pour l'analgésie obstétricale) peuvent effectuer des réinjections pour prolonger l'anesthésie, sur prescription du médecin. Pour l'analgésie postopératoire, la réinjection peut même être effectuée par une IDE. Mais pour la réalisation des ALR sans pose de cathéter le geste doit aussi, comme pour l'ALR avec cathéter, être réalisé par le MAR.

Deux autres textes vont dans le sens de notre interprétation. Il s'agit d'abord de l'arrêté du 17 janvier 2002 relatif à la formation conduisant au diplôme d'état d'infirmier anesthésiste :

« Objectifs généraux : Participer avec le médecin spécialiste qualifié en anesthésie-réanimation aux techniques :

- d'anesthésie générale ;
- d'anesthésies loco-régionales.....

Objectifs de première année : Participer à une AG, locale ou loco-régionale.....

Objectifs de deuxième année : Participer à la prise en charge d'un patient quels que soient la technique anesthésique, le terrain, le degré d'urgence et la spécialité »

Le deuxième texte qui va dans le même sens est celui des Recommandations concernant les relations entre Anesthésistes-Réanimateurs et chirurgiens, autres Spécialistes ou professionnels de santé, rédigé par l'Ordre National des Médecins en décembre 2001 :

« Un certain nombre de responsabilités demeurent du ressort exclusif du médecin anesthésiste-réanimateur dans ses rapports avec l'IADE, telles que :

La consultation pré-anesthésique

La prescription de l'anesthésie incluant le choix du type d'anesthésie (générale, loco-régionale), des agents anesthésiques et des modalités de surveillance;

Le geste technique permettant la réalisation d'une anesthésie loco-régionale (bloc tronculaire, bloc plexique, rachianesthésie, anesthésie péridurale ou caudale, ALRIV). »

A notre avis l'IADE n'est donc pas habilité à pratiquer une ALR. La responsabilité du MAR qui autorise un tel geste est doublement engagé, d'une part comme médecin responsable et d'autre part comme ayant donné une délégation non recommandée et a fortiori si la patient n'en a pas été informé. Evidemment la responsabilité de l'IADE sera aussi engagée si l'ALR a été réalisée par lui.

### **L'IADE peut il poser une voie veineuse centrale?**

Ici encore ni la formation des IADE , ni les recommandations du Conseil de l'Ordre des Médecins ne vont dans ce sens :

« Un certain nombre de responsabilités demeurent du ressort exclusif du médecin anesthésiste-réanimateur dans ses rapports avec l'IADE, telles que :

La prescription de médicaments ou de transfusions rendus nécessaires par l'état du patient en cours d'anesthésie ;

La mise en œuvre de techniques invasives (pose de voies veineuses profondes, sondes de Swan-Ganz)

La prescription de soins et des examens postopératoires

La décision de sortie de la SSPI ».

## **L'induction et le réveil d'une AG peuvent-ils être réalisés par l'IADE en dehors de la présence du médecin Anesthésiste-Réanimateur ?**

La présence physique du médecin Anesthésiste-Réanimateur n'est pas mentionnée dans le décret mais les recommandations de la SFAR (1995) vont dans ce sens, du moins pour l'induction :

« L'IADE travaille en équipe avec le médecin anesthésiste réanimateur. L'IADE peut, en présence du médecin anesthésiste-réanimateur, procéder à l'induction d'une anesthésie générale suivant la prescription du médecin ou le protocole établi.

Le médecin anesthésiste-réanimateur peut lui confier la surveillance du patient en cours d'anesthésie, à la condition expresse de rester à proximité immédiate et de pouvoir intervenir sans délai. »

Induction et réveil (mais aussi certains temps chirurgicaux) étant considérés comme des temps critiques, l'absence du médecin Anesthésiste-Réanimateur à côté de l'IADE pendant ces périodes est donc critiquable.

### **Comment interpréter « le MAR doit pouvoir intervenir à tout moment » ?**

En cas de problème, si le médecin Anesthésiste arrive trop tard pour redresser une situation difficile, il sera vraisemblablement tenu pour responsable. Pour pouvoir intervenir à tout moment, le MAR doit être disponible sans abandonner un autre patient. S'il prend en charge un autre patient dans une autre salle d'opération, il doit donc pouvoir confier son patient à un autre MAR, à un interne ou à un IADE. Ceci suppose donc la présence d'un médecin disponible pour pouvoir intervenir, ce que l'on appelle communément « la nécessité de N+1 ».

### **Combien de salles d'anesthésie et donc d'IADE un MAR peut il encadrer ?**

C'est l'état du patient et le type d'intervention qui doivent dicter la règle. Lorsque le patient est lourd et/ou que l'intervention peut induire des situations critiques, la solution à proposer est la présence d'un MAR avec un IADE par salle. A l'opposé lorsque le patient est ASA 1 et que l'intervention est principe simple le MAR peut facilement 2 IADE travaillant dans deux salles. Ce ratio d'un MAR pour 2 salles et 2 IADE est le ratio maximum actuellement préconisé. Il faut au delà de ce simple chiffre que les salles d'opération soient sur même site et que les inductions et les réveil soient décalés.

### **Une anesthésie surveillée par un IADE sous la responsabilité d'un MAR est elle aussi sûre qu'une anesthésie pratiquée par un MAR ?**

Lorsque l'organisation MAR encadrant 2 IADE n'est pas improvisée mais pratiquée avec des procédures précises, il a été démontré que le système MAR encadrant 2 IADE assure une sécurité égale au système avec un MAR assurant lui même son anesthésie.

## **3. « Demain » : les questions qu'il faut continuer à se poser**

### **La réalité colle-t-elle à ces recommandations ?**

En pratique, l'organisation des structures n'est pas toujours conforme à ce qui est prévu dans les textes.

Ainsi le nombre important de sites à assurer oblige parfois les médecins Anesthésistes-Réanimateurs à confier des patients à des IADE en étant eux mêmes bloqués, seuls, sur une autre d'opération. Ils sont donc incapables d'intervenir auprès de l'IADE qu'ils encadrent, sans laisser leur patient seul ou simplement confié de façon informelle à l'IBODE. Cette situation est fréquente dans les structures n'ayant pas un nombre d'IADE suffisant. Cette demi-mesure entre les structures sans IADE et les structures avec un IADE par site est particulièrement périlleuse et ne peut en aucun cas être acceptable.

Dans d'autres structures le MAR peut être amené à s'absenter loin du site d'anesthésie en laissant les IADE sans possibilité d'une aide immédiate. Une telle situation peut être acceptable que dans une situation exceptionnelle et qui engage le pronostic vital en un autre lieu. Mais si une telle situation survient dans le cadre d'une chirurgie réglée, et que le MAR quitte le site anesthésique pour une consultation, une visite voir un repas, elle n'est en principe pas défendable.

### **La revendication de certains IADE de pouvoir pratiquer l'anesthésie locorégionale et la pose des voies veineuses centrales est elle licite ?**

Certains gestes, comme l'intubation trachéale, la pose d'une voie veineuse périphérique ou la pose d'un cathéter artériel peuvent en cas d'échec être « repris » par le médecin Anesthésiste-Réanimateur, sans qu'il y ait eu de complication irréversible. Ceci n'est pas le cas de l'anesthésie locorégionale et des techniques de voies veineuses centrales pour lesquelles des complications peuvent survenir avant même que le premier opérateur n'ait « passé la main ». Cette pratique est d'autant plus condamnable qu'elle n'est pas toujours pour suppléer un manque de MAR, mais parfois simplement pour « faire plaisir aux IADE ».

Il est possible que dans l'avenir une meilleure sécurité de ces techniques par l'utilisation de l'Imagerie pour localiser les structures anatomiques puisse les rendre transférable aux IADE. Ce n'est pas le cas actuellement.

### **La présence du MAR à l'induction ou au réveil est-elle vraiment nécessaire ?**

La mise en place de protocole précis d'induction et de réveil pour la prise en charge respiratoire et hémodynamique des patients ASA 1, ayant une intervention simple et programmée et l'existence de critères objectifs d'appel du MAR pourraient elles permettre dans l'avenir à l'IADE d'être seul à ces moments ?

Ici encore plutôt que de regarder la présence du MAR comme un dogme il faut en évaluer le réel besoin. Dans certaines situations la présence du MAR avec l'IADE sera toujours indispensable : intubation difficile prévue, patient à risque allergique et/ou hémodynamique connu, monitoring invasif, anesthésie pédiatrique etc.. Dans les autres situations la possibilité d'une intubation difficile imprévue ou d'un choc anaphylactique justifient également à notre avis la présence physique systématique du MAR, car la nécessité de renfort dans ce cas est immédiate. C'est dire aussi l'importance d'une organisation « inductions en décalé » qui permet au MAR d'être toujours présent à l'induction .

### **Comment gérer en CHU les rôles respectifs des médecins juniors en formation en Anesthésie-Réanimation et des IADE ?**

L'interne doit jouer un rôle important dans l'évaluation du risque préopératoire et la consultation, la prescription post-opératoire. Néanmoins lorsque l'interne est jeune, son aisance gestuelle et sa connaissance du matériel sont souvent moindres que celles des IADE. Il est donc important, dans les structures universitaires, d'obliger les internes à travailler seuls, sans IADE, encadrés par un MAR. Cette période de formation est indispensable pour leur apprendre à « se débrouiller seul », avec une bonne connaissance du matériel, du rangement, du stockage, de la préparation de la salle et de l'induction sans l'aide d'un tiers. Cette formation initiale est indispensable pour leur donner la possibilité de travailler seuls dans certaines structures et de mieux encadrer des IADE. Souvent les IADE jouent un rôle important dans cette formation initiale de nos internes au bloc opératoire. Il est donc logique de former les futurs Anesthésistes-Réanimateurs à une double fonction : maîtrise de l'Anesthésie-Réanimation dans tous ces aspects et encadrement des IADE.

De même il est important de laisser aux IADE la possibilité de pouvoir prendre en charge des patients, le plus globalement possible : préparation de la salle, induction, entretien et réveil, sous la responsabilité du médecin Anesthésiste-Réanimateur et ne pas les "utiliser" comme des prestataires de service « ouvreurs de salle » ou qui « sautent d'un patient à l'autre ». En revanche, il faut favoriser la mobilité des IADE s'il s'agit de s'occuper d'une autre salle lorsque le programme de la salle où ils se trouvent est terminé. Une bonne gestion de cette politique devrait permettre d'éviter des situations de conflit.

#### **Faut il aller encore plus loin dans le transfert de compétence aux IADE ?**

Il faut à mon avis avoir une stratégie offensive d'évaluation sans à priori. Le rôle des IADE dans les « acute pain team » est déjà réel, même en France. Peut on donc envisager un rôle pour les IADE dans la consultation préopératoire ? De telles organisations ont été déjà évaluées à l'étranger, avec une préconsultation filtre effectuée par une infirmière clinicienne (« practionner nurse ») montrant son intérêt mais aussi ses limites. Les transports **paramédicalisés** sont un autre champ de transfert possible. Néanmoins ces transferts de compétences ne peuvent se faire que sous la responsabilité (et non en remplacement) du MAR qui doit mettre en place des procédures et être toujours disponible comme recours.

#### **4. « Hier, aujourd'hui et demain » : conclusion**

L'IADE joue actuellement dans de nombreuses structures un rôle majeur dans la conduite d'une anesthésie générale et locorégionale. Néanmoins la présence de l'Anesthésiste-Réanimateur à l'induction et au réveil reste nécessaire et l'évaluation du risque préopératoire et les prescriptions postopératoires, la pratique de l'anesthésie locorégionale et des voies veineuses centrales doivent pour l'instant être confiées au seul médecin Anesthésiste-Réanimateur.

Nous pensons néanmoins que dans l'avenir, des transferts de compétence plus importants pourront être faits vers les IADE.

Il peut paraître provocateur de prôner une telle attitude, alors que nous avons combattu pour obtenir une médicalisation de l'Anesthésie. Ce paradoxe n'est qu'apparent. A nos yeux la médicalisation de l'Anesthésie ne veut pas dire faire nous même toutes les procédures liées à l'Anesthésie mais mettre en place des procédures logiques et sûres que nous puissions transférer aux IADE. Ainsi c'est la médicalisation de l'Anesthésie qui a permis la genèse des procédures d'intubation difficile et

d'utilisation des vasopresseurs qui ont augmenté la sécurité à l'induction et non pas l'induction faite par un MAR. De même c'est la médicalisation de l'Anesthésie qui a permis de valoriser l'interrogatoire lors de la consultation d'Anesthésie au lieu de continuer de prescrire des examens complémentaires systématiques. L'essor de l'ALR et l'évaluation de la profondeur de l'anesthésie générale sont aussi les fruits de la médicalisation de l'Anesthésie qui s'est appuyé sur les connaissances anatomiques, pharmacologiques et neurophysiologiques . Tous ces progrès fruits de la médicalisation permettent paradoxalement de faire des transferts de compétences aux IADE avec plus de rigueur.

Nous pensons en résumé que nous devons éviter d'avoir une attitude purement défensive et négative sur ce sujet (« les IADE vont prendre notre travail et dévaloriser l'Anesthésie »). Il faut prendre conscience que la situation actuelle n'est pas celle d'une pénurie de MAR avec des armées d'IADE disponibles pour envahir les sites d'Anesthésie. La pénurie touche également les IADE et beaucoup d'établissements cherchent vainement d'en recruter. Nous sommes convaincus que les meilleurs IADE rejoindront préférentiellement les équipes où ils pourront travailler avec nous avec des responsabilités bien protocolisées, avec des MAR toujours disponibles et ceci dans une bonne ambiance de collaboration.

Nous devons comme MAR continuer à mettre en place des procédures basées sur la recherche clinique, transférer aux IADE des compétences et en permanence continuer à réévaluer ces procédures pour ne pas aboutir à une spécialité figée.

**Les auteurs remercient les très nombreux MAR du CHU de Toulouse qui par leurs commentaires ont contribué à l'élaboration de ce texte**