



INFIRMIER(E) ANESTHÉSISTE ET ANESTHÉSISTE-RÉANIMATEUR : COOPÉRATION ET RESPONSABILITÉS

Claude Ecoffey

Service d'Anesthésie-Réanimation Chirurgicale 2, Hôpital Pontchaillou,
Université Rennes 1, 35033 Rennes Cedex 9. E-mail : [claudio.ecoffey@
chu-rennes.fr](mailto:claudio.ecoffey@chu-rennes.fr)

INTRODUCTION

En quelques années, l'anesthésie s'est complexifiée, les techniques et la technologie ont évolué proportionnellement à la connaissance médicale, permettant la prise en charge de patients toujours plus complexes et plus âgés. La collaboration anesthésiste-réanimateur et infirmier(e) anesthésiste, qui a l'exclusivité de compétence depuis le décret du 30 août 1988 [1], s'est accru au sein du bloc opératoire (la place des infirmier(e)s anesthésistes en SSPI, Samu et Smur, Douleur n'est pas discuté dans ce texte).

1. RÉGLEMENTATION DE LA PROFESSION D'INFIRMIER(E) ANESTHÉSISTE

La profession d'infirmier(e) anesthésiste a changé. Aujourd'hui, ce n'est plus l'infirmier(e) aide-anesthésiste des années 80 qui exerçait de façon plus ou moins autonome en fonction de l'établissement de santé, de l'existence ou non d'un service d'anesthésie-réanimation, de l'heure du jour ou de la nuit, sans aide ou soutien médical approprié. Les progrès médicaux, la demande de la société de tendre vers une obligation de résultat et les contraintes sécuritaires ont modifié son rôle et ses missions, ceci en lien avec la réglementation de la pratique de l'anesthésie par l'infirmier(e) anesthésiste.

1.1. LES DÉCRETS

L'article 5 bis du décret du 17 juillet 1984 était ainsi libellé : « Seuls les infirmiers titulaires d'un certificat de spécialisation en anesthésie réanimation et les infirmiers admis à suivre à temps plein ou à temps partiel la formation préparant à un tel certificat sont habilités, en présence d'un médecin responsable, pouvant intervenir à tout moment, à participer à l'application des techniques

suivantes : 1. Anesthésie générale, 2. Anesthésie locorégionale, à condition que la première injection soit effectuée par un médecin, les infirmiers ci-dessus mentionnés peuvent pratiquer les réinjections par la voie du dispositif mis en place par le médecin » [2].

L'article 5 bis du décret du 17 juillet 1984 fut abrogé et remplacé par l'article 7 du décret du 15 mars 1993 : « L'infirmier anesthésiste diplômé d'Etat et l'infirmier en cours de formation préparant à ce diplôme sont seuls habilités, à condition qu'un médecin puisse intervenir à tout moment, à participer à l'application des techniques suivantes après que le médecin a examiné les patients et posé l'indication anesthésique : 1. Anesthésie générale, 2. Anesthésie locorégionale réinjections dans le cas où le dispositif a été mis en place par un médecin, 3. Réanimation peropératoire » [3].

L'article 10 du décret n° 2002-194 du 11 février 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier, désormais applicable est ainsi rédigé : « L'infirmier 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 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 post-interventionnelle, il assure les actes relevant des techniques d'anesthésie citées aux deuxième, troisième et quatrième alinéas et est habilité à la prise en charge de la douleur postopératoire relevant des mêmes techniques. Les transports sanitaires visés à l'article 9 du présent décret sont réalisés en priorité par l'infirmier anesthésiste diplômé d'Etat. L'infirmier en cours de formation préparant à ce diplôme peut participer à ces activités en présence d'un infirmier anesthésiste diplômé d'Etat » [4].

1.2. LECTURE ET INTERPRÉTATION DES DÉCRETS

Pour apprécier le sens de l'évolution de la réglementation, il faut préciser le sens des termes des différentes dispositions réglementaires, d'après Maître Cohen [5]. Ainsi dans le décret du 15 mars 1993, la présence de l'anesthésiste réanimateur n'était plus expressément exigée, il suffisait désormais qu'il puisse intervenir à tout moment, ce qui supposait qu'il soit évidemment à proximité et qu'il puisse, s'il avait en charge une seconde anesthésie, et une seule, en déléguer la surveillance également à une personne compétente. La rédaction, il est vrai, quelque peu ambiguë de l'article 7 du décret de 1993 avait pu conduire de bonne foi certains anesthésistes réanimateurs à considérer que la participation reconnue de l'infirmier anesthésiste « à l'application des techniques d'anesthésie générale et d'anesthésie locorégionale » permettait à celui-ci de procéder lui-même à l'induction anesthésique. En réalité, compte tenu du dispositif juridique applicable, il n'était envisageable pour l'infirmier anesthésiste de procéder à l'induction anesthésique qu'en présence effective d'un anesthésiste-réanimateur, compte tenu du moment important que constituent cet acte et ses suites immédiates.

La comparaison du texte du 11 février 2002 avec celui de 1993 fait une évolution de texte non négligeable : en effet, l'infirmier(e) anesthésiste diplômé

d'Etat n'est plus seulement habilité « à participer à l'application des techniques » mais est aujourd'hui habilité « à appliquer les techniques suivantes... » Si cette modification de texte ne change rien en ce qui concerne l'anesthésie locorégionale où seules les réinjections dans le cas où un dispositif a été mis en place par un anesthésiste-réanimateur sont toujours permises ; dans le cadre d'une anesthésie générale, tout en restant conforme à la lettre du texte, un infirmier anesthésiste pourrait procéder seul à une induction anesthésique. Néanmoins, outre la question de l'information du patient et aussi de l'aspect assurantiel, il ne faut pas ignorer le risque que constituent l'induction anesthésique et ses suites immédiates : en cas d'incident, les experts et encore plus les juges s'intéresseront surtout aux conditions dans lesquelles est intervenue la délégation de cet acte si important (compétences et expérience de l'infirmier anesthésiste, conditions dans lesquelles l'anesthésiste réanimateur était effectivement en mesure « d'intervenir à tout moment », c'est-à-dire sans retard dommageable soit quasi immédiatement...). Les experts et les juges seront d'autant plus enclins à suivre cette voie que le texte lui-même de l'article 10 les y invite expressément : « l'infirmier anesthésiste accomplit les soins et peut, à l'initiative exclusive du médecin anesthésiste réanimateur, réaliser les gestes techniques qui concourent à l'application du protocole ». Il faut noter dans cette phrase que si l'on ne parlait plus dans le premier alinéa de l'article 10 de « participer à l'application des techniques » mais d'« appliquer les techniques », on reparle ici de « réaliser les gestes techniques qui concourent à l'application du protocole ». Cette disposition a surtout pour conséquence et effet de souligner, et donc de renforcer, la responsabilité de l'anesthésiste-réanimateur lorsqu'il délègue une partie des gestes techniques à un l'infirmier(e) anesthésiste :

- Seul le médecin anesthésiste-réanimateur peut prendre l'initiative de faire appel à un infirmier(e) anesthésiste, c'est une responsabilité exclusive dont il ne pourra jamais s'exonérer totalement en faisant valoir des contraintes extérieures (exemple : programmes opératoires surchargés dont on rappellera que depuis le décret du 5 décembre 1994, ils doivent être légalement établis de façon tripartite chirurgien-anesthésiste-cadre de bloc opératoire) [6].
- Seul l'anesthésiste réanimateur reste juge de l'étendue de la délégation qu'il confie à l'infirmier(e) anesthésiste et surtout des conditions de sécurité qui permettent de la mettre en œuvre effectivement, à savoir notamment celle relative à sa capacité « d'intervenir à tout moment »...

En résumé, si la rédaction de l'article 10 du décret du 11 février 2002 a voulu manifestement répondre à la demande de reconnaissance accrue du rôle de l'infirmier(e) anesthésiste exprimée avec insistance par leurs représentants, il ne faut pas négliger le fait qu'en faisant reposer sur l'anesthésiste réanimateur la définition du type de geste technique réalisable par l'infirmier(e) anesthésiste et les conditions de sa réalisation, c'est bien la responsabilité de ce dernier que l'on a renforcée.

C'est pourquoi, à juste titre, la SFAR a rappelé peu après la publication de ce décret combien l'existence de règles professionnelles médicales demeurerait donc plus que jamais essentielle, en faisant référence notamment aux dernières recommandations concernant les relations entre anesthésistes réanimateurs et chirurgiens, autres spécialistes professionnels de santé, publiées par le Conseil National de l'Ordre des Médecins, en connaissance de cette rédaction du décret, en décembre 2001 [7] et où l'on peut lire notamment :

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

- La consultation pré-anesthésique, qui est de la compétence de l'anesthésiste réanimateur même si celui-ci peut s'entourer d'autres avis spécialisés (cardiologue, pneumologue...).
- 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).
- 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 à des examens postopératoires.
- La décision de sortie de la salle de surveillance post-interventionnelle ».

Plus récemment, le Président de la SFAR a rappelé que l'anesthésie est un acte médical : évaluation du patient et stratégie à adopter durant la période péri-opératoire [8]. De plus il faut aussi rappeler le décret « sécurité anesthésie » 94-1050 qui en définit les modalités réglementaires d'évaluation et de surveillance [6]. Ainsi de 1984 à 2002, il n'y a eu seulement qu'une évolution de texte tentant simplement à définir le plus précisément possible les rôles et responsabilités respectives du couple anesthésiste réanimateur et infirmier(e) anesthésiste.

2. RÔLE DE L'INFIRMIER(E) ANESTHÉSISTE

La période opératoire nécessite la collaboration de personnels hautement qualifiés, indispensables à la prise en charge des patients dans un contexte sécuritaire et hautement technique. Depuis 1988, seuls les infirmier(e)s anesthésistes sont habilités à participer à cette activité et à réaliser des gestes et des tâches spécifiques, grâce à leur formation et leurs compétences propres [1].

2.1. RESPONSABILITÉS ET DEVOIRS DE L'INFIRMIER(E) ANESTHÉSISTE

Les infirmier(e)s anesthésistes sont soumis à des règles professionnelles qui leur rappellent, comme à tout professionnel de santé, leurs devoirs et leurs responsabilités [9]. « L'infirmier n'accomplit que les actes professionnels qui relèvent de sa compétence (article 3). L'infirmier a le devoir d'actualiser et de perfectionner ses connaissances professionnelles. Il a également le devoir de ne pas utiliser des techniques nouvelles de soins infirmiers qui feraient courir au patient un risque injustifié (article 10). L'infirmier est personnellement responsable des actes professionnels qu'il est habilité à effectuer (article 14) ».

Ce devoir de perfectionnement et d'actualisation des connaissances est bien compris des infirmier(e)s anesthésistes qui, pour l'immense majorité, suivent annuellement des formations ciblées. De même, le programme de formation des Ecoles IADE tient compte de l'évolution de la pratique anesthésique par une réactualisation régulière de son contenu [10]

2.2. RÔLE PROPRE DE L'INFIRMIER(E) ANESTHÉSISTE

La réaction de chaque individu à l'anesthésie, à l'acte chirurgical ou diagnostique, en fonction de sa gravité et/ou de sa durée n'est pas totalement prédictible. Il convient en conséquence d'adapter en permanence la procédure prédéfinie (paramètres ventilatoires, remplissage, gestion de l'analgésie et de la narcose...) et d'analyser en temps réel toutes les données fournies par un monitoring toujours plus sophistiqué. L'anesthésie ne peut donc être « protocolisée » au sens strict du terme.

Il apparaît clairement que la formation spécifique de l'infirmier(e) anesthésiste en fait un collaborateur de l'anesthésiste-réanimateur pour la mise en route de la procédure et de l'adaptation de celle-ci en fonction des besoins physiologiques du patient sous la responsabilité de l'anesthésiste-réanimateur, à qui il doit en référer.

Par ailleurs, l'accueil, l'installation, l'hygiène relèvent d'un rôle infirmier spécifiquement adapté à l'environnement du bloc opératoire. L'infirmier(e) anesthésiste aura aussi toute compétence dans la gestion du site d'anesthésie, de la préparation de la salle en fonction du type de chirurgie et des demandes spécifiques prévues en consultation.

Si ce partage des tâches et cette complémentarité sont la règle pour une majorité d'actes opératoires, certaines interventions peuvent imposer la présence effective et permanente d'une équipe médecin-infirmier(e), de par leur complexité médicale et technique : chirurgie cardiaque, thoracique, neurochirurgie, pédiatrie, transplantation, par exemple. Il faut alors reprendre les recommandations de la SFAR concernant le rôle de l'IADE [11], lesquelles laissent à l'organisation locale le soin d'apprécier les moyens humains à mettre en œuvre dans des situations spécifiques : « La composition de l'équipe d'anesthésie, son importance numérique, la répartition des rôles, la plus ou moins grande autonomie de l'IADE dans le déroulement de l'acte, sont déterminés par le niveau de complexité de l'intervention projetée, le degré de gravité de la pathologie et l'état antérieur du patient. L'intervention de l'un et l'autre (anesthésiste-réanimateur - infirmier(e) anesthésiste) varie selon l'importance des actes d'anesthésie et de chirurgie ».

CONCLUSION

En dehors de l'urgence extrême et vitale pour laquelle l'infirmier(e) anesthésiste est tenu de mettre en œuvre les gestes d'urgence et de survie relevant de sa compétence, l'infirmier anesthésiste ne peut remplacer l'anesthésiste-réanimateur dans son rôle médical.

En pratique, l'infirmier anesthésiste est fréquemment amené à appliquer des stratégies et des techniques prescrites comme l'intubation, à assurer l'entretien de l'anesthésie et la surveillance du patient. L'infirmier(e) anesthésiste est bien le collaborateur de l'anesthésiste-réanimateur, jamais en concurrence mais en parfaite complémentarité. Il concourt largement à la qualité des actes et soins spécifiques à l'anesthésie et à la sécurité des patients. Il faut également noter que le travail actuel sur le référentiel de l'ingénierie de la profession IADE avec pour objectif un arrêté de formation du métier n'est pas une redéfinition des textes et des décrets de compétence qui restent toujours applicables.

Néanmoins, l'organisation des services, la variabilité quantitative et qualitative des personnels suivant les structures, la pénurie de moyens ne doit pas amener à des dérives et à des pratiques en dehors de la réglementation et des recommandations de la SFAR.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Décret n° 88-903 du 30 août 1988 créant un certificat d'aptitude aux fonctions d'infirmier spécialisé en anesthésie-réanimation (J.O. du 1er septembre 1988)
- [2] Décret n°84-689 du 17 juillet 1984 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier (J.O. du 24 juillet 1984)
- [3] Décret n° 93-345 du 15 mars 1993 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier (J.O. du 16 mars 1993)
- [4] Décret no 2002-194 du 11 février 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier (J.O. du 16 février 2002)
- [5] Commentaires Maître P Cohen du 6 juillet 2003 (<http://www.snarf.org>)
- [6] Décret n° 94-1050 du 5 décembre 1994 relatif aux conditions techniques de fonctionnement des établissements de santé en ce qui concerne la pratique de l'anesthésie et modifiant le code de la santé publique (troisième partie: Décrets) (J.O. du 8 décembre 1994)
- [7] Recommandations concernant les relations entre anesthésistes-réanimateurs, chirurgiens et autres spécialistes ou professionnels de santé. Ordre national des médecins, mai 1994.
- [8] L'anesthésie est un acte médical, SFAR Conseil d'Administration du 4 juillet 2008
- [9] Décret n° 93-221 du 16 février 1993 relatif aux règles professionnelles des infirmiers et infirmières (J.O. du 18 février 1993)
- [10] Arrêté du 30 août 1988 relatif à la formation préparant au certificat d'aptitude aux fonctions d'infirmier spécialisé en anesthésie-réanimation (J.O. du 1er septembre 1988)
- [11] Recommandations concernant le rôle de l'infirmier anesthésiste diplômé d'Etat. SFAR, janvier 1995 (www.sfar.org)