

IADE : le bon bout de la lorgnette

En cette époque de principe de précaution inscrit dans la Constitution et appliqué jusqu'à l'extrême vis-à-vis d'événements ponctuels, n'abordons pas la problématique des infirmiers anesthésistes par le petit bout de la lorgnette : il ne s'agit pas de savoir ce qu'ils « font » ou « peuvent faire » ou « pourraient faire », mais bien d'envisager cette question en termes de gestion quotidienne de la qualité des soins et des risques.

La réflexion sur le rôle de ce précieux collaborateur du médecin anesthésiste-réanimateur (MAR) qu'est l'IADE ne peut s'affranchir des exigences de qualité et de sécurité qui s'imposent à nous au quotidien et qui sont le leitmotiv des différentes évaluations d'établissements et de praticiens, le thème obligé du futur développement professionnel continu, ainsi que le rôle – hélas, quasi exclusif – dévolu aux futures commissions médicales d'établissement.

EN ANESTHÉSIE-RÉANIMATION, MÉDICALISATION ET COOPÉRATION ONT FAIT LA PREUVE DE LEUR EFFICACITÉ

Un regard sur les quelques années écoulées montre que la médicalisation de l'anesthésie-réanimation a considérablement réduit les aléas de cette activité, indispensable non seulement à la chirurgie, mais à tous les domaines où l'urgence et la douleur sont présentes. En l'espace de dix ans, les complications

postanesthésiques ont été réduites dans une proportion de 10 à 1. Bien avant d'y être contrainte, c'est la profession dans son ensemble, médecins et infirmiers côte à côte, qui a pris le problème à bras le corps. Cette « coopération » avant la lettre permet de faire face aux variations des démographies professionnelles ainsi qu'à l'augmentation exponentielle de la demande en actes d'anesthésie-réanimation.

Si certaines conduites, hypocrites ou malsaines, étaient aujourd'hui officialisées, ce serait le début d'un recul inexorable de la qualité des soins et de la sécurité des patients, progrès acquis grâce aux efforts continus des professionnels. On sait, notamment, que la mortalité (directe ou après complication) liée à l'anesthésie est majorée lorsque l'acte n'est pas pratiqué ou dirigé par un médecin anesthésiste (sur 217 440 anesthésies dans 245 hôpitaux, l'excès de mortalité était de 2,5 décès supplémentaires pour 1 000 patients et de 6,9 décès après complications pour 1 000 patients) [Silber JH *et al.* *Anesthesiology* 2000 ; 93 : 152-63].

L'ANESTHÉSIE : UN ACTE MÉDICAL QUI DOIT ÊTRE RÉALISÉ PAR UN MAR

Cette notion fondamentale, affirmée sans relâche par le SNPHAR-E, était déjà présente dans le décret opportunément dénommé « sécurité anesthésique » de décembre 1994. Elle a été confirmée par la Société française d'anesthésie-réanimation (SFAR), puis par le conseil de l'ordre en 2002. Aujourd'hui, pour pallier un supposé déficit des effectifs médicaux (mais plutôt une mauvaise répartition territoriale), et sans doute aussi pour espérer réduire les coûts de la santé, les pouvoirs publics nous proposent un **transfert de compétences**. Aux yeux de certaines personnes qui y sont favorables, il ne s'agirait que de l'officialisation du **glissement des tâches**, forme dégradée et « illégale » d'une même logique.



Tordons le cou à un terme inadéquat : la « **délégation** ». En termes juridiques, la délégation n'est possible qu'entre personnes de même niveau de compétence : le médecin ou chirurgien qui, en cours d'une longue intervention, délègue à un collègue médecin ou chirurgien la continuité du soin avant d'aller prendre du repos ; l'infirmière de réanimation qui passe les consignes à sa collègue infirmière avant de quitter son service, ses huit heures accomplies, etc.

Détruisons aussi le mythe de la « **couverture** ». Un médecin qui déclarerait couvrir les actes effectués en son absence par une infirmière ne la dédouanerait en aucune manière de sa responsabilité et devrait, de son côté, assumer entièrement la sienne : médecin comme IADE se retrouveraient sans coup férir devant les tribunaux en cas d'accident fautif ou simplement d'erreur.

QUE PENSER DE L'ARGUMENT AVANCÉ DE LA DÉMOGRAPHIE MÉDICALE ?

Nous avons posé la question à une experte dont les travaux sur la **démographie médicale** font autorité, Silvia Pontone (voir encadré ci-contre).

S'agit-il de revenir en arrière et d'appliquer progressivement à notre pays les mesures prises dans les pays en voie de développement, obligés, devant l'absence de médecins spécialistes, de former rapidement des infirmiers à l'anesthésie ? S'agit-il de présenter à la presse des palmarès d'établissements avec, parmi les critères de classement, le fait qu'un même acte soit réalisé ici par un médecin ou là par un infirmier ? Le libre choix du patient et son consentement éclairé doivent-ils désormais s'opérer entre l'un ou l'autre des personnages ? Avec, peut-être à la clé, des tarifs différents, issus d'une nomenclature révisée à la baisse et qui s'appliqueraient pour un même acte anesthésique selon qu'il est réalisé par l'un ou l'autre des acteurs dont les cursus, et donc les compétences fondamentales, sont différents ?

NOS MÉTIERS NE SE LIMITENT PAS À LA RÉALISATION DES GESTES TECHNIQUES

Il est inutile d'établir le catalogue de ce que peut « faire » un(e) IADE, car la gestuelle n'est pas le fond du problème : nul besoin de diplôme, infirmier ou médical pour pratiquer un geste technique comme une rachianesthésie. Malgré une formation enseignant la technique et les conduites à tenir, le background médical de l'IADE est différent de celui du médecin. On ne peut mettre sur le même plan le périmètre limité de la pratique de gestes et de raisonnements en anesthésie-réanimation avec celui de la médecine toute entière, celui qui permet au MAR de faire face aux situations inattendues, imprévues ou conflictuelles,

« **La démographie des anesthésistes-réanimateurs est passée d'une situation possiblement catastrophique à une situation de pénurie relative** », nous confie le Docteur Silvia Pontone, PHAR à l'hôpital Robert Debré, chercheur associé à l'INED et chargée de mission à la direction de la politique médicale de l'AP-HP.

Elle poursuit : « Selon les différentes projections, la baisse des effectifs à l'horizon 2020 s'est réduite de 50 % en 1989 (INED) à 30 % en 1999 (INED) et environ 20 % en 2006 (Dress 2009). Certes, parallèlement, les besoins augmentent. L'inadéquation des effectifs aux besoins doit être résolue avant tout par la réorganisation des hôpitaux, c'est-à-dire par la restructuration des plateaux techniques et par le renforcement de la gestion prévisionnelle des effectifs. Cette gestion doit aussi tenir compte du fait que 94 % des praticiens anesthésistes-réanimateurs participent à la permanence des soins'.

Il est possible de faire face aux besoins sans compromettre la qualité et, surtout, la sécurité. Mais il faut pour cela agir, d'une part, sur l'organisation, avec le regroupement des plateaux techniques, la programmation opératoire concertée et la suppression des gardes injustifiées (une garde nécessite 2,2 praticiens supplémentaires) et, d'autre part, sur les facteurs démographiques : - par l'augmentation des flux d'internes dans la filière anesthésie-réanimation, ce qui a commencé puisque l'ECN 2009-2010 a prévu 294 postes au lieu de 220 et 243 les années précédentes ; - par des mesures favorisant le maintien des praticiens en activité (un départ à 65 ans au lieu de 60 réduit les besoins de formation de 14 %), comme l'aménagement des postes de travail en fin de carrière. »

Permettons-nous d'ajouter que les conditions pour que les jeunes médecins embrassent la carrière et s'y maintiennent sont un environnement de travail serein et sécuritaire pour leurs patients comme pour leur propre santé, des rémunérations justes et un arrêt de la course actuelle à la productivité imposée par la pression des plans de retour à l'équilibre des hôpitaux ou des actionnaires des groupes financiers à la tête d'établissements privés.

Mais qu'en est-il du côté des IADE ? Là aussi, la réponse de Silvia Pontone est claire : « **La démographie des IADE n'est pas vraiment plus favorable que celle des médecins** ».

La démographie des IADE est intimement liée à celle des IDE et, malgré l'augmentation des quotas dans les instituts de formation en soins infirmiers, un déficit de 8 à 12 000 postes d'IDE par an était prévisible de 2005 à 2010². L'effectif des IADE était de 7 930 au 1^{er} janvier 2009, soit, compte tenu de la fréquence du travail en temps réduit, d'environ seulement 6 720 équivalents temps plein². Ils sont, en moyenne, plus âgés que les IDE et environ 20 % partiront à la retraite dans les 10 ans à venir. Or, il n'a été créé que 250 places supplémentaires, à répartir sur 3 ans pour les 25 écoles d'IADE, au titre de la récupération du temps de travail².

En tout état de cause, les postes proposés ne sont pas tous pourvus : sur les 710 places annuelles en écoles d'IADE chaque année, les taux d'entrants étaient de 77 % en 2006, 78 % en 2008 et 77 % en 2009³.

1. Enquête CFAR-SFAR-INED de 1999.

2. 2^e Assises des IADE, 30/11/2002, hôpital Cochin, Paris.

3. Source CEEIADE (Comité d'entente des écoles IADE).

d'assumer son métier complètement et d'en **accepter toutes les responsabilités médicales et médico-légales**. Même après qu'un chirurgien diplômé eût réalisé l'exposition du champ opératoire, viendrait-il à l'idée de quiconque de faire exécuter les sutures vasculaires ou digestives par l'infirmier de bloc opératoire, sous prétexte de la crise de vocation chirurgicale ?

En revanche, l'IADE a des responsabilités propres et, bien plus encore, son savoir, son expérience et sa compétence le rendent indispensable, tant dans les situations de routine les plus exposées aux incidents (induction et réveil anesthésiques), que dans les circonstances plus critiques (hémorragies, urgences, défaillances cardio-respiratoires,...) au cours desquelles deux cerveaux valent mieux qu'un, quatre mains et quatre yeux valent mieux que deux.

LES VÉRITABLES ENJEUX

Attachons-nous plutôt à définir plus précisément les situations et/ou les actes au cours desquels la supervision d'un, voire de plusieurs IADE, est possible dans le respect de la sécurité. Chacun conviendra que superviser plusieurs salles où se déroulent des interventions d'ophtalmologie sous anesthésie péribulbaire, ou des actes de gynécologie par voie basse chez des patientes ASA 1, ou des sédations sous protocole AIVOC pour prélèvement d'ovocytes n'a pas de commune mesure avec la gestion d'une césarienne en urgence, d'une greffe hépatique, ou d'un cancer ORL étendu. La présence d'un IADE est une valeur ajoutée, avérée indispensable à la sécurité et à la qualité dans les phases d'induction, de réveil, d'activité d'urgence, pour les interventions lourdes cardio-vasculaires, neurochirurgicales, digestives, de greffe et en soins de pré-hospitalisation.

L'article R4311-12 du code de la santé publique, relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier, est à la fois suffisamment explicite et ouvert pour permettre au médecin en charge de l'acte anesthésique de déterminer la quantité et la qualité des actes qu'il est susceptible de superviser et à l'IADE de refuser d'être en situation inconfortable, voire dangereuse pour lui et le patient. Il est également légitime de reprendre la formulation suivante, issue des recommandations de la SFAR : « *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*

déterminées par le niveau de complexité de l'intervention projetée, le degré de gravité de la pathologie et l'état antérieur du patient. ».

Et concrètement, les IADE seraient-ils prêts à assumer la douleur et l'incompréhension d'une patiente piquée à de nombreuses reprises pour une péridurale ou une rachianesthésie ? Seraient-ils prêts à en assumer les conséquences traumatisantes au long cours ? Seraient-ils prêts à affronter, face à face, les questions des patients et des familles devant une complication inattendue qui serait directement de leur fait ? Seraient-ils prêts à venir, lors de procédures d'expertise, justifier telle ou telle pratique ?

Le désir de la très grande majorité des IADE est-il d'ajouter des tâches et des responsabilités à celles qui, déjà très lourdes, sont les leurs ? Leur exigence légitime n'est-elle pas plutôt la reconnaissance du rôle qui leur est dévolu ? N'est-elle pas de ne plus être considérés comme des supplétifs mais, au contraire, comme des collaborateurs indispensables à la qualité et à la sécurité des patients ? La première reconnaissance ne passera que par un salaire en rapport avec leur indiscutable nécessité dans les soins : serait-ce une exigence politiquement incorrecte quand elle est acceptée pour des dirigeants de grandes entreprises ?

Richard TORRIELLI, Administrateur

SMART : une enquête du Collège français des anesthésistes-réanimateurs

La commission SMART (Santé du médecin AR au travail) réalise, pendant deux mois, une enquête sur la santé au travail des anesthésistes-réanimateurs. L'analyse des réponses permettra de mieux cerner vos attentes sur les deux thématiques suivantes :

- les attitudes des responsables de structures et des MAR eux-mêmes face à des problèmes de santé au travail chez des confrères du secteur public ou d'exercice libéral ;
- les ressources complémentaires que le CFAR devrait élaborer et mettre à la disposition des médecins, des responsables de services ou des personnels administratifs du secteur public ou du secteur libéral.

Toute personne ayant l'une des qualités suivantes est appelée à répondre en ligne : anesthésiste-réanimateur (junior ou senior), directeur d'établissement, président de CME (secteur public ou secteur libéral), chef de service ou de pôle (CH et CHU, PSPH).

Le SNPHAR-E vous invite à répondre à l'enquête SMART, en ligne sur le site du Collège : <http://www.cfar.org/SMART/EnqueteSMART.html>