

Faculté de Médecine Paris Saint-Antoine

**DIPLOME UNIVERSITAIRE
DE
DROIT MEDICAL**

Directeur de l'enseignement
Professeur Christine GRAPPIN
Chirurgien des hôpitaux –Chef de Service-
Docteur en Droit

MEMOIRE

**NOUVELLES COMPETENCES DE L'INFIRMIER ANESTHESISTE
DIPLOME D'ETAT AUX VUES DU DECRET N°2002-194
DU 11 FEVRIER 2002**

ANALYSE ET COMMENTAIRES

par

Pierre LEMAIRE
Infirmier Anesthésiste D.E

Directeur de mémoire
Docteur Jean Paul DEMAREZ
Médecin Anesthésiste-Réanimateur

Année universitaire 2002-2003

Remerciements

Je tiens particulièrement à remercier mon ami Jean Paul DEMAREZ qui, par des mots simples, a su me guider dans ce travail que je ne soupçonnais pas aussi ardu.

*« Malgré toutes les tentations contraires, nous devons travailler à la conservation du
malade. »*

*Jules ROMAIN
Knock (1933)*

A mon père †

A ma femme

A mes enfants Philippe, Johana, Eve et Sarah.

PLAN :

Remerciements : pages 2 et 4

Plan : page 5

Introduction : page 6

- I) **Les nouvelles dispositions de l'article 10 et leur caractère de nouveauté** : pages 7 à 12
 - I a) **Evolution de la profession à travers les textes**
 - I b) **Les modifications apportées par le nouveau texte aux IADE**
 - I c) **Qu'est qui a changé dans la pratique courante ?**

- II) **De la casquette du chauffeur à l'Infirmier Anesthésiste d'aujourd'hui** : pages 13 à 16
 - II°a) **Quelles étaient les prérogatives de infirmier anesthésiste en 1961 ?**
 - II°b) **Le retentissement de l'affaire Albertine SARAZIN sur l'anesthésie moderne ?**
 - II°c) **Que deviennent les infirmiers Anesthésistes durant cette période ?**

- III) **Discussion et Commentaires** : pages 17 à 21.

- IV) **Conclusion** : page 22

Annexe 1 : « Enquête démographique et de pratiques déclarées » page 23

Annexe 2 : « SNIA Recommandations pour l'exercice de la profession d'infirmier anesthésiste » page 24

Annexe 3 : « SFAR Recommandation concernant le rôle de l'infirmier anesthésiste diplômé d'Etat » page 25

Bibliographie : pages 26 et 27

INTRODUCTION :

Le 11 février 2002 a été marqué par la publication au Journal officiel du décret n°2002-194 relatif aux actes professionnels et à l'exercice la profession d'infirmier. La corporation des infirmiers anesthésistes (IADE) attendait ce document avec une certaine impatience, car il devait redéfinir les compétences des IADE.

Cependant ces nouvelles compétences suscitaient, bien avant la publication du décret, de nombreuses interrogations quant au degré d'autonomie de l'IADE dans la pratique de l'anesthésie.

A cet effet, la SFAR (société française anesthésie réanimation) société savante garante des bonnes pratiques de l'anesthésie, publiait un certain nombre de communiqués rappelant la place des différents intervenants dans la conduite d'une anesthésie (1 et 2).

Lors de sa publication, les discussions et commentaires ne se sont pas fait attendre et l'interprétation de l'article 10 fut l'objet de toutes les polémiques. (3-4)

Il paraît opportun de se poser la question, a qui profite tous ce remue-ménage ?

Faut-il considérer que l'article 10 de ce décret, qui s'intéresse spécifiquement à l'exercice professionnel des IADE, soit hors la loi ou alors tellement inapproprié pour les IADE qu'il en deviendrait dangereux pour les patients...

Ce conflit d'attribution résultant de ce décret créait en quelque sorte, entre le médecin anesthésiste (MAR) et l'IADE, une zone de chevauchement dans la pratique des gestes qu'il paraît nécessaire d'éclaircir dans le pur respect des compétences de chacun.

Les IADE ont nul l'envie de remplacer le MAR et ont parfaitement bien intégré la réglementation dictée par le décret du 5 décembre 1994 (5) qui place leur pratique de l'anesthésie sous la **responsabilité exclusive du médecin anesthésiste-réanimateur et/ou du chef de service d'anesthésie-réanimation**. (Art D712.49 du dit décret) ; a tel point que lors de l'élaboration du décret 2002-194 du 11/02/2002, les syndicats représentatifs de la profession demandèrent au ministère d'inclure dans l'article 10 les mots médecin anesthésiste réanimateur, absents de l'ancien décret du 15 mars 1993, ce qui leva toute ambiguïté sur le responsable médical de l'anesthésie.

Nous allons tenter, par ce mémoire, de recentré le débat hors des polémiques stériles en s'appuyant sur des données juridiques et professionnelles existantes et concrètes.

(1) IADE : communiqué de la SFAR le 13 et 23 mai 2000

(2) SFAR février 2001 : « Les rôles respectifs des médecin anesthésistes-réanimateurs et des infirmiers anesthésistes diplômés d'Etat dans la conduite de l'anesthésie.

(3) SFAR décembre 2002 : « Commentaires sur le décret ministériel n° 2002-194 du 11/02/2002 relatif aux actes professionnels et à la profession d'infirmier.

(4) L'infirmière magazine n°178 –janvier 2003 –page 12 « IADE : Alerte aux ALR »

(5) 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 (Décrets).

I°) LES DISPOSITIONS DE L'ARTICLE 10 ET LEUR CARACTERE DE NOUVEAUTE :

I a) Evolution de la profession à travers les textes

L'évolution des prérogatives des infirmiers anesthésistes est passée dans un premier temps par la reconnaissance de la spécialité en créant, en 1991, un Diplôme d'Etat d'Infirmier Anesthésiste (6) qui remplaçait le *Certificat d'aptitude aux fonctions d'infirmier spécialisé en anesthésie-réanimation* de 1988 (7)

Cette évolution a été confirmée par l'intégration d'un article spécifique à la profession dans le décret des compétences infirmier(e)s de 1993(8).

L'article 7 du décret de 1993 précisait en ces termes, les compétences de l'Infirmier Anesthésiste :

« L'Infirmier Anesthésiste diplômé d'Etat et l'Infirmier en cours de formation préparant à ce diplôme sont seuls habilités, à condition q'un médecin puisse intervenir à tout moment, à participer à l'application des techniques suivantes après que le médecin a examiné le patient et a posé l'indication d'anesthésique :

-anesthésie générale

-anesthésie locorégionale et réinjections dans le cas où un dispositif a été mis en place par un médecin ;

-réanimation peropératoire

A titre transitoire, les infirmier qui établiront que, antérieurement au 15 août 1988, ils participaient, sans posséder le titre requis, à l'application des techniques mentionnées à l'alinéa précédent sont habilités à poursuivre cette participation jusqu'au 15 octobre 1994. »

Cet article avait le mérite de préciser les prérogatives des IADE par rapport au reste de la profession infirmier et de compléter les attributions qui étaient données aux anciens « ISAR (9) » par l'article 5 bis du décret du 30 août 1988. (10)

(6) Décret n° 91-1281 du 17 décembre 1991 instituant un diplôme d'Etat d'Infirmier Anesthésiste.

(7) Décret n° 88-903 du 30 août 1988 créant un certificat d'aptitude aux fonctions d'infirmier spécialisé en anesthésie-réanimation.

(8) Décret n°93-345 du 15 mars 1993 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier (abrogé)

(9) Infirmier Spécialisé en Anesthésie-Réanimation

(10) Article 5bis du décret 88-903 du 30 août 1988 :

« Seuls les infirmiers titulaires d'un certificat de spécialisation en anesthésie-réanimation et les infirmiers admis à suivre à temps plein ou 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. »

Le 16 février 2002, paraît au Journal officiel de la République Française le nouveau décret infirmier du 11 février 2002 ;(11) décret qui doit préciser les « nouvelles » compétences des infirmiers anesthésistes.

La lecture de ce décret laisse apparaître, de façon indéniable, une évolution de la profession d'infirmier, mais certainement pas une révolution comme le précise très justement Monsieur Germain DECROIX dans un de ces articles consacrés aux infirmiers. (12)

Cependant, l'évolution la plus remarquable est celle inscrite dans l'article 10 de ce présent décret et concerne la spécificité de la profession d'infirmier anesthésiste.

Article 10 du décret 2002-194 du 11 février 2002

- *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 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 qui concourent à l'application du protocole. En salle de surveillance postinterventionnelle, il assure les actes relevant des techniques d'anesthésie citées aux deuxième, troisième, et quatrième alinéa 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.*

Dans cet article, la spécificité de la profession d'infirmier anesthésiste est marquée par une nette évolutions des ces attributions, si nous nous en référons au décret de 1993

I° b Les modifications apportées par le nouveau texte aux IADE

Il s'agit bien ici, d'un texte réglementaire fixant les compétences spécifiques des infirmiers anesthésistes par rapport à la profession d'origine (Infirmier diplômé d'Etat –IDE-) et nullement un texte de concurrence vis-à-vis du corps médical et particulièrement des médecins anesthésistes-réanimateurs.

Bien que certains (13) considèrent que la rédaction de ce texte par le ministère soit ambiguë, il confère toutefois et ce de façon indéniable, de nouvelles compétences aux IADE.

(11) Décret 2002-194 du 11 janvier 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier

(12) G.DECROIX.- Nouveau décret de compétence des infirmiers.-Responsabilité N°6 Juin 2002, pages 12 à 18

(13) M.GALPERINE.-Oxymag N°67 décembre 2002, page 17 à 18.

En effet, l'article 10 confère à l'IADE, tout d'abord l'exclusivité de l'exercice de la profession d'Infirmier Anesthésiste mais également des modifications réglementaires quant à son mode d'exercice.

Deux nouveautés sont à retenir plus particulièrement :

1°) Le médecin habilité à pratiquer l'anesthésie doit être obligatoirement médecin anesthésiste-réanimateur.

2°) L'infirmier anesthésiste n'est plus « *habilité à participer à l'application des techniques d'anesthésie...* » (art.7 du décret 93.345 du 15 mars 1993 alinéa 1) mais « à **appliquer** les techniques d'anesthésie... » (art.10 du décret 2002.194 du 11 février 2002 alinéa 1)

Si nous reprenons la première nouveauté, nous pouvons constater sans ambiguïté que le ministère a voulu renforcer la responsabilité exclusive du médecin anesthésiste-réanimateur vis-à-vis de l'anesthésie et ce, conformément au décret de 1994 (14), en l'inscrivant en toute lettre dans l'article 10 du décret infirmier (11).

La deuxième nouveauté est bien le choix des termes utilisés pour définir les nouvelles compétences de l'infirmier anesthésiste.

La sémantique a changée, on ne dit plus « l'IADE participe à l'application de l'anesthésie » mais de « l'IADE applique les techniques d'anesthésie ». Par ces quelques mots, l'IADE n'est plus le spectateur privilégié de l'anesthésie mais en devient l'effecteur. Il répond aux protocoles établis par les seuls médecins anesthésistes réanimateur en réalisant les gestes nécessaires à l'application stricte de ces prescriptions.

I°c Qu'est –ce qui a changé dans la pratique courante ?

Les techniques d'anesthésies répertoriées dans l'article 10 du décret sont de deux types :

-L'anesthésie générale

-Les anesthésies locorégionales

En ce qui concerne l'anesthésie générale, l'IADE peut sans commettre de faute professionnelle, appliquer seul l'induction d'un patient.

Comme tout professionnel de santé, l'IADE engage sa responsabilité au moment de la réalisation du geste. (15)

Il est donc tenu de s'entourer de toute la sécurité nécessaire afin que son geste ne soit pas préjudiciable au patient.

Le texte précise, entre autre, que le *médecin anesthésiste-réanimateur doit être joignable à tout moment*. Il est acquis que cette disponibilité doit être immédiate et que le médecin anesthésiste-réanimateur doit se trouver à portée de voix de l'IADE lors d'une induction.

De par sa qualité de professionnel de santé, l'IADE informe, conformément à la loi (16), le patient de ces actions.

(14) Décret 94-1050 du 5 décembre 1994 relatif à la pratique de l'anesthésie

(15) Recommandation pour l'exercice de la profession d'infirmier anesthésiste. – Syndicat National des Infirmiers Anesthésistes- mai 2002.

(16) Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002, article 11 relatif à l'information des usagers du système de santé et l'expression de leur volonté.

Il répond à ses interrogations dans les limites de sa compétence. Il vérifie le dossier médical en établissant la concordance avec le patient. Il vérifie également les examens pré opératoires prescrits par le médecin anesthésiste-réanimateur lors de la consultation d'anesthésie, évalue l'état du patient par rapport à l'examen initial et avise le cas échéant le médecin anesthésiste-réanimateur responsable.

L'infirmier anesthésiste respectant ainsi les obligations légales et réglementaires, il paraît difficile d'évoquer une quelconque faute lorsque celui-ci va, à la demande du médecin anesthésiste réanimateur, appliquer le protocole d'anesthésie prescrit, afin de réaliser l'induction d'un patient. Cet aspect de la réglementation a peu suscité de mouvements de contestation de la part de certains médecins anesthésistes réanimateurs et de la société savante (SFAR). Il en est tout autre avec les anesthésies locorégionales. Pourtant l'article (17) du décret est précis en la matière. Il distingue deux aspects de l'anesthésie locorégionale à savoir :

- Anesthésie locorégionale avec injection unique
- Anesthésie locorégionale avec mise en place d'un dispositif.

L'anesthésie locorégionale à injection unique a pour objectif, d'inhiber l'influx nerveux en injectant *in situ* ou à la périphérie des nerfs une quantité d'anesthésique local compatible avec le blocage de ceux-ci.

La deuxième technique à le même objectif, à la différence près que le médecin anesthésiste, le seul habilité à réaliser ce geste, va mettre en place un dispositif de cathétérisme à demeure afin d'anesthésier ou d'analgésier les zones nerveuses concernées. Il s'agit de l'anesthésie péridurale, très utilisée en obstétrique, de l'anesthésie locale intra veineuse, des cathéters tronculaires à viser antalgique.

Face à ces deux techniques, le rôle de l'IADE n'est pas le même et le texte le précise.

En ce qui concerne les injections uniques, l'IADE peut, à l'initiative exclusive du médecin anesthésiste, appliquer le protocole d'une anesthésie locorégionale. A cet effet une enquête récente du Syndicat National des Infirmiers Anesthésistes (SNIA) montre que plus de 44% des IADE pratiquent régulièrement ce type d'anesthésie (18). [Annexe 1]

Mais lorsque qu'un dispositif est mis en place par un médecin anesthésiste réanimateur, l'IADE est le seul autorisé à réaliser les réinjections anesthésique local dans ces dispositifs mais certainement pas à appliquer la technique. Cette même enquête déplore malheureusement quelques attitudes marginales d'IADE inconscients.

Bien peu malin, en effet, l'IADE qui se risquerait à appliquer une telle technique et ce, même à la demande du médecin anesthésiste réanimateur.

Celui-ci verrait sa responsabilité engagée quelle soit réglementaire, civile ou pénale

En tant que salarié d'un établissement public, il s'expose à la faute détachable du service (19) (20) qui, rappelons le, est retenue dans trois circonstances particulières :

(17) Décret 2002-194 du 11 janvier 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier, article 10 alinéa 3

(18) SNIA. Enquête démographique et de pratiques déclarées des infirmiers anesthésistes (juin-juillet 2001) *Oxymag* 63, avril 2002 : pages 9 à 24.

(19) David BARANGER et Christian SICOT.-La faute détachable du service hospitalier.- Responsabilité N°9, mars 2003 :pages 12 et 13.

(20) Cécile MANAOUIL, Anne-Sophie ARNAUD, Marie GRASER, Edouard HAYEK, Olivier JARDE.-La responsabilité de l'anesthésiste.-Droit Déontologie et Soins, volume 3, n°1, mars 2003 : pages 4 à 33.

- Dépassement des compétences légales et réglementaires
- Soins donnés en dehors de l'établissement
- Faute détachable de service.

Il apparaît avec évidence, que la mise en cause de l'IADE pour dépassement de compétence ne posera aucun problème à établir par l'administration de l'établissement hospitalier. En cas d'accident ou d'incident sur un patient avec dépôt de plainte, l'hôpital n'est pas tenue ; dans ce cas de faute détachable, d'assurer la protection pénale de son agent prévue par la loi du 16 décembre 1996 (21) et du 13 juillet 1983 (22). Dans les autres cas où l'IADE est salarié du secteur hospitalier privé ou d'une société de médecins anesthésistes (SCM), il sera également amené à répondre, devant les tribunaux, d'exercice illégal de la médecine prévu à l'article L.4161.1 du Code de la Santé Publique.

Le Code Pénal par les dispositions de ses articles 121-1 (24) et 223-1 (25) complèterons la mise en cause de celui-ci.

Enfin la commission de discipline des infirmiers poursuivra aux vues des articles 3, 14, 26 et 46 du décret du 16 février 1993 (23), l'IADE qui aura délibérément accomplis des actes qui ne relèvent pas de sa compétence.

- (21) Loi du 16 décembre 1996 faisant obligation à la collectivité publique d'accorder sa protection au fonctionnaire dans le cas où il fait l'objet de poursuites pénales à l'occasion de faits qui n'ont pas le caractère de faute personnelle.
- (22) Loi du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires.
- (23) Décret n° 93-221 du 16 février 1993 relatif aux règles professionnelles des infirmiers et infirmière.

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

Art 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 responsables des actes qu'il assure avec la collaboration des aides-soignants et des auxiliaires de puériculture qu'il encadre. »

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

Art 46 : « Tout manquement aux règles professionnelles est susceptible d'entraîner des poursuites devant la commission de discipline des infirmiers instituée par l'article L 4313-1 du Code de la Santé Publique. »

- (24) Article 121-1 du Code Pénal (NCP) : « Nul n'est responsable pénalement que de son propre fait »
- (25) Article 223-1 du Code Pénal (NCP) : « 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 15000 euros d'amende ».

L'arsenal juridique semble suffisamment dissuasif pour qu'un IADE se risque à poser un dispositif d'anesthésie péridurale, rien que pour la beauté du geste...

En ce qui concerne le reste des dispositions de cet article, il existe peu de changement par rapport au décret de 1993 (26), à l'exception de la lutte contre la douleur en salle de soins postinterventionnelle.

Cet élément a été rajouté au décret de février 2002 car, la douleur fait parti d'une des priorités sanitaires de notre pays (27). L'IADE, habitué de par son exercice quotidien à la gérer ; il se devait d'être l'un des principaux acteurs dans la stratégie de lutte.

Pour ce faire le décret offre à l'IADE une autonomie certaine quant à la gestion de la douleur. L'alinéa 5(28) est entièrement consacré à ce sujet et précise que seul l'IADE est habilité à la prise en charge de la douleur postopératoire en utilisant les techniques d'anesthésie préalablement exposées. Bien évidemment, cette activité reste assujettit soit à une prescription médicale nominative, datée et signée soit à un protocole d'anesthésie de service et reste du domaine de la responsabilité médicale conformément au décret de 1994.(art.712.40 al.4, art 712.45)(29).

Cet aspect de la responsabilité du médecin anesthésiste réanimateurs est important à préciser, car il suscite beaucoup moins de polémiques que l'application d'une rachianesthésie par un IADE. Pourtant les incidents et accidents d'anesthésie se rencontre le plus souvent en salle de surveillance postinterventionnelle (30).

(26) Décret 93-345 du 15 mars 1993 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier, article 7.

(27) Circulaire DHOS/E2 n°266 du 30 avril 2002 relative à la mise en œuvre du programme national de lutte contre la douleur 2002-2005 dans les établissements de santé

(28) Décret n°2002-194 du 11 février 2002 article 10, alinéa 5 : « *En salle de surveillance postinterventionnelle, il assure des 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 même techniques* »

(29) Décret n°94-1050 du 5 décembre 1994 article 712.40 alinéas 4 : « *...doivent assurer les garanties suivantes :*

-Consultation pré-anesthésique...

- Les moyens nécessaires à la réalisation...

-Une surveillance continue après l'intervention.

...

article 712.45 : « *La surveillance continue postinterventionnelle, mentionnée au 3° de l'article 712.40, a pour objet de contrôler les effets résiduels des médicaments anesthésiques et leur élimination et de faire face, en tenant compte de l'état de santé du patient, aux complications éventuelles liées à l'intervention ou à l'anesthésie.*

Elle ne s'interrompt pas pendant le transfert du patient

Elle se poursuit jusqu'au retour et au maintien de l'autonomie respiratoire du patient, de son équilibre circulatoire et de sa récupération neurologique »

(30) Sources INSERM 1992 Les complications en phase de réveil sont plus élevées que durant la période per-opératoire 37% contre 15%.

Nous pouvons nous interroger sur l'élaboration de ce décret qui offre indiscutablement aux IADE, une plus grande autonomie.

Un élément de réponse est certainement la nécessité de mettre en conformité les dispositions réglementaires face à la réalité quotidienne de l'exercice de la profession d'IADE. L'accueil et information du patient, la gestion de la douleur en salle de soins postinterventionnelle, l'application de nouveaux gestes techniques sont autant d'actes qui ne pouvaient être réalisés que sous le contrôle médical, mais qui pourtant étaient très largement pratiqués dans les établissements de soins.

L'article 10 a l'avantage d'être cohérent dans la pratique professionnelle des IADE. Il apporte une distinction précise sur le rôle du médecin anesthésiste réanimateur, qui est le seul à poser les indications anesthésiques et à établir un protocole d'anesthésie en fonction de l'évaluation médicale qu'il réalise. Le médecin anesthésiste réanimateur est reconnu comme le seul praticien responsable de l'anesthésie en terme de médecine. Quant à l'IADE l'article lui reconnaît une exclusivité dans la pratique de l'anesthésie assujettit, bien évidemment, à l'autorisation et à l'initiative du médecin anesthésiste réanimateur.

Un autre élément peut-être évoqué, il s'agit de la diminution constante des médecins anesthésistes réanimateurs et l'absence de relève (31).

La nécessité d'assurer la continuité des soins et la sécurité du patient ont certainement amenés le ministère à adopter ce décret et plus particulièrement cet article 10 sans trop de difficultés.

Cependant, les IADE n'ont pas la prétention d'être des « apprentis docteurs », comme cela est souvent pensé dans les services. Ils sont conscients de leurs limites et connaissent parfaitement la déontologie qui les rapproche des professions médicales.

L'histoire de l'anesthésie est intimement liée à celle des ces auxiliaires, comme nous le découvriront prochainement, et pourtant les IADE ne souffrent pas de crise existentielle. Par contre, ils souhaitent pouvoir travailler avec sérénité sans que leurs compétences et leurs actes soient remis en causes et ce, malgré une réglementation claire en la matière. N'ignorons pas que l'élaboration de l'article 10 du décret 2002-194 du 11 février 2002, a été réalisée par un collège de personnalités regroupant (31), la direction générale de la santé, le syndicat professionnel des IADE (SNIA), la société savante d'anesthésie (SFAR), la commission d'entente des enseignants et les organisations syndicales de la fonction publique hospitalière. A l'issue ce texte a été arbitré par les cabinets ministériels de mesdames AUBRY et GILLOT, avant d'être approuvé par l'ensemble du groupe de travail en février 2000.

Pour arriver à préserver sa spécificité dans les soins et plus particulièrement en anesthésie, l'infirmier anesthésiste a traversé l'histoire non sans embûches. Et pourtant à l'origine, l'anesthésie n'était pas une discipline médicale.

(30) Sources Ministère de La Santé : En 2010 pour 200 nouveaux médecins qui prendront leurs fonctions, 500 partiront.

(31) Thierry FAUCON.- Un texte réaliste et cohérent.- Responsabilité n°6, juin 2002 : pages 20 et 21.

II°) DE LA CASQUETTE DU CHAUFFEUR A L'INFIRMIER ANESTHESISTE D'AUJOURD'HUI :

A son origine, l'anesthésie n'est pas une discipline médicale, il s'agit d'une activité satellite de la chirurgie, permettant aux chirurgiens d'opérer des malades dans un état de sommeil plus ou moins précaires. Au début du siècle, les chirurgiens opéraient de fermes en fermes et utilisaient leur chauffeur ou plutôt la casquette de celui pour endormir le patient. La technique était simple, on remplissait la casquette de chloroforme, le chauffeur l'appliquait sur le visage du malade et une fois celui-ci endormit, le chirurgien réalisait son art.

Avec l'arrivée de l'éther et du « masque d'Ombredanne », les infirmières non spécialisées en anesthésie remplaçaient peu à peu les chauffeurs. Il s'agissait généralement d'une infirmière, « favorite » du chirurgien (32), a qui revenait cette lourde charge.

Pendant ces temps préhistoriques de l'anesthésie Française, les infirmiers américains avaient dès 1928, constitués une puissante association regroupant des infirmiers spécialisés en anesthésie.

Il faudra attendre la libération de la France par l'armée américaine pour s'apercevoir que dans son corps sanitaire sont présents de nombreux médecins et infirmiers anesthésistes.

C'est ainsi qu'en 1945, se retrouvent, sur les mêmes bancs de la faculté de médecine, médecins et infirmiers pour un enseignement spécifique d'un an.

En 1947, est créé le Certificat d'Etude Spéciale en Anesthésie, réservé aux seuls médecins mais dont la durée d'apprentissage est toujours d'un an. Deux ans plus tard, le premier enseignement destiné aux paramédicaux est créé, il est sanctionné par une attestation de fin d'étude.

1961, est la date de la création du premier programme d'étude en deux ans destiné aux Infirmiers. L'enseignement est d'un excellent niveau de connaissances, il sera qualifié de « monstrueux » par les médecins. A l'issue le Certificat d'Aptitude aux Fonctions d'Aide Anesthésiste est délivré.

Le ministère inscrit dans le décret de compétences des infirmiers de l'époque, l'anesthésie générale.

A partir de cette date, les futurs IADE, entrent dans le corps des infirmiers spécialisés et bénéficient d'un statut propre à leur profession mais également d'un organe représentatif officiel, leur syndicat professionnel créé par Anne de CASAMAJOR (33) en 1951.

II°a) Quelles étaient les prérogatives de l'Infirmier Anesthésiste de 1961 ?

A cette époque l'infirmier anesthésiste faisait tout. Il assurait le programme des urgences, ballonnant à tout va, il posait les voies veineuses, donnait les anesthésies générales et intubait parfois lorsque l'intervention chirurgicale était longue et risquée. Il assurait la maintenance des quelques appareils d'anesthésie qui avaient fait leur apparition depuis 1958, mais également la formation pratique des quelques médecins hasardeux qui avaient décidé de suivre le CES (34) d'anesthésie modèle 1947.

L'ensemble de cette activité restait placé sous la responsabilité exclusive du chef de bloc à savoir le chirurgien.

Il faut comprendre que la rareté des médecins anesthésistes, à cette période, n'est pas uniquement le fruit d'une discipline mal connue et marginalisée par rapport à la chirurgie.

(32) Gérard BRES.- J'ai peur de ne pas me réveiller.- Editions SEUIL 1988.

(33) Elisabeth BALAGNY.- Hommage à Anne de CASAMAJOR.- OxyMag n°69, avril 2003 : page 16.

La sécurité sociale s'emploie à promouvoir la sécurité en anesthésie et favorise la création d'un corps de médecins spécialisés en anesthésiologie mais, fixe également la part des honoraires qui leur est allouée. C'est ainsi que la sécurité sociale estima l'anesthésiste à 20% de la valeur d'un chirurgien. Pire encore, la moitié des honoraires du médecin anesthésiste était directement prélevé sur ceux du chirurgien. En résumé, si un chirurgien faisait appel à un anesthésiste, ces honoraires se voyaient amputés de 10%.

Durant cette période les auxiliaires d'anesthésie trimaient sans compter leurs heures, car salarié de l'établissement, non médecin, ils ne rentraient pas dans ces comptes d'apothicaires. De plus, faute de présence médicale spécialisée en anesthésie, le chirurgien réglait son intervention à sa guise et était le seul responsable civil du bloc opératoire.

Qui a pu réaliser le prodige, dans la situation du moment, d'imposer le médecin anesthésiste au bloc avec des responsabilités propres ?

Il ne s'agit ni du conseil de l'ordre des médecins, ni de la faculté de médecine, ni même de la sécurité sociale, mais un petit courtier en assurance qui a eu l'outrecuidance de s'intéresser et d'enquêter sur un accident de bloc opératoire qui entraîna le décès tragique d'Albertine DAMIEN, plus connue sous son nom d'épouse et de romancière : Albertine SARAZIN.

II°b) Le retentissement de l'affaire Albertine SARAZIN sur l'anesthésie moderne :

Le 10 juillet 1967, madame Albertine SARAZIN doit être opérée, à Montpellier, d'une néphrectomie pour infection du rein suite à une tuberculose ancienne et dont une première intervention avait déjà été réalisée un mois auparavant (35). C'est donc sur une femme déjà affaiblie, que cette nouvelle chirurgie, non sans risque, va être entreprise.

En l'espèce, à l'issue de sa néphrectomie Albertine SARAZIN est décédée sur la table d'opération, victime d'un arrêt cardiaque, lors d'un changement de position alors que le chirurgien était absent de la salle d'opération.

Cette version du décès, dramatiquement banale, n'a pas reçu l'aval, ni de la compagnie d'assurance de Madame SARAZIN, ni de son époux qui traduira l'affaire en justice.

A la lecture des attendus successifs, en première instance (21 décembre 1970), en appel (5 mai 1971), en cassation (22 juin 1972), la « banalité » du décès n'était plus une évidence.

C'est ainsi que l'on apprit que Madame SARAZIN avait été vue pour la première fois par le médecin anesthésiste (car il s'agissait bien là d'un médecin), en salle d'opération. Que son état de santé ne fut jamais évalué, que l'anesthésie subie (d'un point de vue médicamenteux) n'aurait jamais du être administrée vu l'état de la patiente.

Par ailleurs, le groupe sanguin de Madame SARAZIN ne fut jamais déterminé, alors que l'intervention était à haut risque hémorragique.

Devant ces faits, le chirurgien et l'anesthésiste furent condamnés pour homicide involontaire par imprudence par le tribunal correctionnel de Montpellier, en 1970 (36).

L'absence de groupe sanguin et commande de sang préventive ont été reprochés au chirurgien et à l'anesthésiste et ce, bien que le médecin anesthésiste en détienne toute la responsabilité.

(34) Certificat d'Etudes Spéciales

(35) Gérard BRES.- Albertine SARAZIN.- J'ai peur de ne pas me réveiller.- Editions SEUIL, 1988 : pages 317 à 338.

(36) Cécile MANAOUIL et al.- Responsabilité de l'anesthésiste.- Droit, Déontologie et Soins.- Masson, mars 2003, vol.3, n°1 : pages 4 à 27

C'est ainsi que la Cour d'appel de Montpellier, dans un arrêt de 1971, ne retiendra que la responsabilité de l'anesthésiste et relaxera le chirurgien.

Les motifs évoqués seront : « *les actes accomplis par le médecin anesthésiste ne relèvent pas de l'autorité du chirurgien en raison de la compétence de ce praticien* ». Dans cette affaire il faut également signaler que le praticien en anesthésie n'était pas, au moment des faits, titulaire du certificat d'étude spéciale (attendus de la Cour d'appel de Montpellier du 5 mai 1971).

Le 22 juin 1972, la chambre criminelle de la Cour de cassation casse l'arrêt d'appel. Dans son jugement en droit, la Cour de cassation évoque que si le jeu des responsabilités avait été respecté et a, en premier lieu, retenu que le médecin anesthésiste était le « **principal responsable** », elle considère également que le chirurgien a commis « une omission fautive. Il avait le devoir de rester en salle d'opération lors du changement de position de la patiente car **« il était chargé de faire respecter les règles de prudence et de sécurité s'imposant à tous, relevant de son autorité et concernant des actes faisant pas appel à des connaissances techniques échappant, du fait de leur spécialité, à la compétence du chirurgien. »**

C'est ainsi que la Cour de cassation a cassé l'arrêt d'appel et a renvoyé les parties devant la Cour d'appel de Toulouse.

En 1973 les juges de la Cour d'appel de Toulouse condamnèrent solidairement le médecin anesthésiste et le chirurgien.

L'anesthésiste fut condamné pour sa légèreté quant à la prise en charge de la patiente et, le chirurgien pour n'avoir pas compris ni palier à cette légèreté.

L'arrêt que signa le Président ROCHE ce 24 avril 1973, attribuait pour la première fois, des responsabilités distinctes aux deux praticiens, bien que leurs disciplines médicales soient complémentaires et indissociables.

Les chirurgiens ne revendiquèrent pas longtemps leur unique responsabilité dans les blocs opératoires, d'autant plus que les compagnies d'assurances s'employèrent à les dissuader. En effet, si un chirurgien opérait sans anesthésiste confirmé, les compagnies d'assurances doubleraient la prime du chirurgien considérant qu'il assurait deux responsabilités.

La sécurité sociale réagit également et octroya aux médecins anesthésistes une nomenclature propre à leur profession.

II°c) Que deviennent les Infirmiers Anesthésistes durant cette période ?

Il est vrai qu'à cette période, l'anesthésie progressait considérablement, que ce soit d'un point de vue technique (arrivée des respirateurs, des neuroleptiques...), ou humain (le CES d'anesthésie passe à trois ans en 1967). Les infirmiers anesthésistes n'étaient pas en reste de ces progrès.

En 1971, le programme des études d'infirmier aide anesthésiste paraît au journal officiel. Plusieurs écoles ouvrent leurs portes (St Germain en Laye, Lyon...). Dans le même temps, la formation dispensée par la faculté de médecine est arrêtée et en 1973 l'Assistance Publique ouvre alors sa propre école d'Infirmiers Anesthésistes.

1974, au lendemain de l'affaire SARAZIN, les médecins anesthésistes réalisent deux choses fondamentales (37).

L'anesthésie peut :

- *rapporter gros en clinique*
- *rapporter du pouvoir à l'hôpital public.*

(37) Elisabeth BALAGNY.- Histoire des Infirmiers Anesthésistes.- communication libre.- JEPU, mars 2002.

C'est à cette époque, que certains médecins anesthésistes probablement gênés par la présence des Infirmier Aides Anesthésiste dans les blocs opératoires, décident de la disparition pure et simple de la profession.

Par arrangement politique, ils arrivent même à faire déposer devant le parlement un amendement demandant la suppression de la profession d'Infirmier Aides Anesthésistes et créant, en remplacement, une espèce de profession hybride, intitulée « biotechnicien ». Ces nouveaux biotechniciens devaient être essentiellement chargés de la maintenance des matériaux, de l'approvisionnement des pharmacies.... mais, ne disposaient d'aucune formation en soins.

Madame Anne de CASAMOJOR monte alors au créneau, au nom du syndicat des infirmiers anesthésistes, pour le maintien de la profession.

Ses démarches reçoivent un accueil favorable et le soutien d'un grand nombre de directeurs d'hôpitaux et de quelques médecins anesthésistes, certains de l'utilité des infirmiers aides anesthésistes dans les salles d'opérations.

Le ministère en prend bonne note et retire l'amendement.

Après cette date, la profession d'infirmier anesthésiste va se structurer au sein d'un véritable service d'anesthésie dirigé par un médecin anesthésiste réanimateur –chef de service- et sous la responsabilité d'un cadre de santé de la spécialité.

L'infirmier anesthésiste n'exerce plus seul ou sous les instructions d'un chirurgien. Il devient membre d'une équipe et travaille en complémentarité avec un médecin anesthésiste réanimateur, seul responsable de l'anesthésie.

Son activité au sein des blocs se clarifie, les décrets de compétences infirmiers l'installent dans son rôle de spécialiste, en 1988(38), un décret lui reconnaît l'exclusivité de compétence dans le domaine de l'anesthésie.

A ce jour, les infirmiers anesthésistes sont tous salariés soit d'un hôpital public, soit du secteur hospitalier privé ou encore d'un groupement de médecins anesthésistes. Leurs missions sont celles de soignants en anesthésie, de la prise en charge du patient jusqu'à son départ de la salle de soins post-interventionnelle.

Ils assurent aux malades une qualité de soins de haute technicité et une relation humaine privilégiée. Ils sont garants de la sécurité anesthésique de par le suivi du matériel et de tous les contrôles qu'ils opèrent.

L'infirmier anesthésiste n'est plus celui des années 60, il ne fait plus tout et partout. Sa compétence individuelle et dorénavant restituée au sein de la compétence collective d'une équipe.

Il est juste, que ces précieux auxiliaires amenés à répondre quotidiennement aux missions de matériel-vigilance, pharmaco-vigilance, hémovigilance, de qualité des soins... du fait de leurs expériences et de leurs formations continuent à faire vivre aujourd'hui ce qu'ils ont fait naître hier, c'est-à-dire, l'anesthésie moderne et sécurisée que l'on connaît.

Pourtant, comment pouvons-nous expliquer que certaines voies s'élèvent et tentent, une fois encore, de minimiser les compétences acquises par les infirmiers anesthésistes.

L'infirmier anesthésiste, en dehors de ses capacités d'adaptation importantes, dispose d'une qualité supplémentaire : Il connaît ses limites de compétence et d'intervention.

(38) Décret 88-903 du 30 août 1988 créant un certificat d'aptitude aux fonctions Infirmier Spécialisé en Anesthésie Réanimation. J.O du 1^{er} septembre 1988.

III°) DISCUSSION ET COMMENTAIRES :

Une semaine après la publication au Journal Officiel du décret 2002-194 du 11 février 2002, la discussion concernant le rôle et les compétences des Infirmiers anesthésiste était relancé par la SFAR (39)

La société savante d'anesthésie, revient sur l'application de l'article 10 du présent décret et dénonce plus particulièrement les éléments suivants :

- La possibilité donnée, aux Infirmiers Anesthésistes, de réaliser des anesthésies locorégionales en accord et en présence du Médecin Anesthésiste
- S'interroge sur la validité de la formation des IADE en ce qui concerne les anesthésies locorégionales

Elle remet en cause, dans son communiqué du 28 février 2003(40), la validité des recommandations pour l'exercice de la profession d'infirmier anesthésiste éditées par le SNIA en mai 2002. [Annexe 2]

Elle précise également, dans un autre communiqué (41) que de permettre cette délégation de pratique, serait dénier le contrat malade/médecin.

Il paraît opportun de reprendre ces différents éléments qui, même si dans la pratique quotidienne la collaboration Médecin Anesthésiste/Infirmier Anesthésiste est harmonieuse, alimentent la polémique au sein de la corporation des IADE.

Reprenons la réalisation des anesthésies locorégionales à injection unique, en présence du médecin anesthésiste et à la demande de celui-ci.

L'article 10 du décret est explicite en la matière « *il accomplit [l'IADE] les soins et peut à l'initiative exclusive du médecin anesthésiste-réanimateur, réaliser les gestes techniques qui concourent à l'application du protocole.*

La rédaction actuelle du décret autorise donc, l'IADE, par décision médicale, à réaliser des rachianesthésies où d'autres blocs à injection unique. Ce qui est également sans ambiguïté dans le décret, c'est l'interdiction formelle de réaliser des anesthésies locorégionales avec mise en place d'un dispositif de cathétérisation à demeure. Car seules les réinjections dans ces dispositifs sont de la compétence exclusive de l'IADE.

Alors pourquoi la société savante d'anesthésie remet-elle en cause ce texte qu'elle a en partie rédigé ? (cf.31) Pourquoi incite t-elle ses médecins, par le biais même de sa très sérieuse publication « *Annales Française d'Anesthésie et de Réanimation* » (43), à ne pas confier une anesthésie locorégionale à injection unique à un IADE ?

(39) Informations sur le décret relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier -Conseil d'administration de la SFAR, 23 février 2002-.

(40) A propos des recommandations du SNIA sur l'exercice de la profession d'IADE -Texte du comité de vie professionnel de la SFAR, 28 février 2003-.

(41) Commentaire sur le décret ministériel n°2002-194 du 11/02/2002 relatif aux actes professionnels et la profession d'infirmier. -Texte du Comité de Vie professionnelle SFAR, 18 septembre 2002.-

(42) André LIENHART.- Les nouvelles compétences des Infirmières Anesthésistes. Les conséquences pour les Médecins Anesthésistes-Réanimateurs.- Responsabilité N° 6, juin 2002.

Aucune véritable réponse, pouvant nous éclairer sur ces attitudes, n'est évoquée. On parle beaucoup dans la littérature, de la responsabilité du médecin anesthésiste-réanimateur, qui en confiant une anesthésie locorégionale à un IADE, la verrait dangereusement engagée.

La SFAR évoque et *fait siennes* les recommandations du Conseil National de l'Ordre des Médecins de décembre 2001 (44) et rappelle que les recommandations qu'elle a publiées en 1995 concernant le rôle des infirmiers anesthésistes, sont toujours d'actualité... (45)

Tout cela repose sur peu de base légale, le droit de la santé ne reconnaît de compétence au seul motif que l'on sait faire (46). La compétence suppose à un apprentissage correspondant à un contenu légal, prédéterminé et validé par un diplôme.

Les références dont fait encore valoir la SFAR sont obsolètes, leurs parutions sont très antérieures à la publication du décret du 11 février 2002. Son contenu a changé et les compétences des IADE, se voient de ce fait modifiées en toute légalité.

Pour revenir à la responsabilité du médecin anesthésiste-réanimateur, bien entendu que celle-ci est engagée, mais en tant que prescripteur. La responsabilité de l'IADE est également engagée car c'est à lui et à lui seul que revient, dans le cas présent, la responsabilité de son geste. (art 121-1 du code pénal) (47) Il n'existe pas là, de délégation d'acte médical vers un infirmier anesthésiste, mais une demande médicale d'application d'un protocole, amenant l'IADE à réaliser un geste technique. L'IADE est conscient, comme nous l'avons déjà vu, que l'anesthésie est un acte médical placé sous l'entière responsabilité du médecin anesthésiste-réanimateur. Il sait également qu'il ne peut agir que sur prescription médicale d'un médecin anesthésiste-réanimateur.

Autre sources d'inquiétude, la formation des IADE est-elle de qualité face aux anesthésies locorégionales.

(43) Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation.- section « formation-information.-2002 ; 21 : fi 58-9.

(44) Conseil National de l'Ordre des Médecins.- Recommandations concernant les relations entre anesthésistes-réanimateurs et chirurgiens, autres spécialistes ou professionnels de santé.- décembre 2001

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

...
le geste technique permettant la réalisation d'une anesthésie locorégionale (Bloc tronculaire, bloc plexique, rachianesthésie, anesthésie péridurale, caudale, anesthésie locale intraveineuse)

(45) Société Française d'Anesthésie et de Réanimation.- Recommandations concernant le rôle de l'infirmier anesthésiste diplômé d'Etat. alinéa 2.1.1 Activité de soins.- Janvier 1995.

« L'IADE participe à la réalisation des anesthésies locorégionales. Il est habilité à pratiquer des réinjections par la voie du dispositif mis en place par le médecin anesthésiste-réanimateur, suivant les prescriptions écrites de ce dernier »

(46) Gilles DEVERS.- Le nouveau cours du soin.- Droit Déontologie et soin, volume 2, numéro 2.- pages 183 à 202, juin 2002.

(47) Article 121-1 du Nouveau Code Pénal : « Nul n'est responsable pénalement que de son propre fait »

Une partie de la réponse est également réglementaire.

L'arrêté du 17 janvier 2002 (48) relatif à la formation conduisant au diplôme d'Etat d'infirmier anesthésiste est déjà un excellent élément. Il vient modifier l'arrête du 30 août 88, actualisant son contenu en réponse à l'évolution des connaissances et à l'harmonisation avec les autres textes professionnels.

En ce qui concerne les anesthésies locorégionales le programme de formation, des futurs IADE, prévoit un enseignement progressif sur les deux années d'étude.

Dans l'annexe deux, du présent arrêté, consacrée au programme de formation, dans le paragraphe « objectifs généraux de la formation », il est inscrit :

-« *En fin de formation, l'élève doit être capable de :*
-participer avec le médecin spécialisé en anesthésie-réanimation aux techniques :
-d'anesthésie générale ;
-d'anesthésies locorégionales ;
... »

L'objectif se précise avec la progression de la scolarité. C'est ainsi qu'à la fin de la première année d'étude, l'élève doit être capable de :

« ...
-participer à une anesthésie générale, locale ou locorégionale
et aux soins post-interventionnels spécifiques ;
... »

L'enseignement reçu durant cette première année est particulièrement lourd dans le domaine de la pharmacologie. Durant ce module, l'élève recevra les connaissances théoriques sur les anesthésiques locaux actuellement utilisés, avec les indications, contre indications, pharmacodynamie, effets indésirables....

L'apprentissage des techniques est également au programme de la première année. Ce module aborde la consultation d'anesthésie et la prémédication, la prise en charge d'un patient au bloc opératoire et les soins relationnels en anesthésie... Il forme également les étudiants aux différentes techniques d'anesthésies. Quant aux anesthésies locorégionales, l'arrêté précise que l'élève doit être sensibilisé aux différentes techniques, connaître les principes, l'entretien, la surveillance et récupération ainsi que de dépister les incidents et accidents relatifs à ce type d'anesthésie afin d'y palier.

En travaux dirigés et pratiques, l'étudiant est tenu de connaître les différentes techniques, le matériel qui s'y rapporte, les complications de chacune d'elle et la surveillance de celles-ci.

La deuxième année de formation est plus spécifiquement orientée sur la gynécologie et l'obstétrique. L'étudiant reçoit à cet effet, un enseignement complet sur les techniques d'anesthésies locorégionales en obstétrique. La surveillance, les incidents/accidents et leurs retentissements sur la femme et l'enfant, la conduite à tenir en cas de problèmes inhérent à l'application d'une de ces techniques, sont particulièrement approfondis.

Tout comme les étudiants en médecine sur les bancs leur faculté, les élèves infirmiers anesthésistes bénéficient que d'apports essentiellement théoriques. La mise en pratique de ceux-ci, intervient lorsqu'ils se retrouvent en stage dans les établissements de santé.

(48) Arrêté du 17 janvier 2002 relatif à la formation conduisant au diplôme d'Etat d'Infirmier Anesthésiste

Tout comme les infirmiers anesthésistes apprennent aux internes en anesthésie la gestuelle de l'intubation, de la pose de la sonde gastrique voir même de la mise en place d'un cathéter veineux périphérique. Pourquoi les médecins anesthésiste n'apprendraient-ils pas aux IADE la gestuelle de certaines anesthésies locorégionales ??

Cette question ne trouve pas sa réponse dans les lignes des publications de la SFAR mais sur le terrain. Rappelons que 44% (49) de la population des IADE, applique des techniques anesthésies locorégionales à injection unique de façon régulière.

C'est bien grâce à l'enseignement des médecins anesthésistes-réanimateurs, que ces IADE ont acquis leur gestuelle. Il est évident que si les connaissances des IADE sur les anesthésie locorégionales étaient inexistantes, il paraît difficilement concevable qu'un médecin anesthésiste réanimateur se risque à une telle formation.

Il est également intéressant à noter que si pour certains médecins anesthésistes-réanimateurs, les IADE ne sont pas aptes à réaliser des anesthésies locorégionales, pour ces mêmes médecins, ils sont absolument compétents pour réinjecter dans les cathéters mis en place par eux, mais aussi, de vérifier si le dispositif est toujours en place. (50)

La littérature professionnelle insiste pour que les IADE soit formé à la surveillance et à la conduite à tenir en cas d'incidents ou d'accidents (51) :

« Le personnel infirmier doit impérativement être formé à la surveillance des cathéters, ainsi qu'à la conduite à tenir en cas d'incidents ou d'accidents... » (52)

Devant ces faits, comment peut-on expliquer cette réticence de la SFAR alors qu'elle accepte, sans aucun problème, l'application de l'anesthésie générale par les IADE. (53)

Réglementairement parlant, rien n'interdit formellement aux IADE l'application des techniques d'anesthésies locorégionale. Certains évoquent, pour expliquer cette réticence, que les médecins anesthésiste-réanimateurs se sentent « dépouillés » de leurs gestes et de ce fait perdraient de leur apanage. Il s'agirait donc d'une question de fierté.

D'autres auteurs ont pour leur part, une réponse beaucoup moins mercantile mais surtout intellectuellement concevable.

Il s'agit de la réponse économique.

En effet, si les gestes d'anesthésie locorégionales étaient de plus en plus réalisés par des IADE, la Caisse Nationale d'Assurance Maladie, pourrait avoir la tentation de contester le paiement de l'acte aux médecins anesthésistes-réanimateurs. (54) (55)

(49) Enquête démographique et de pratiques déclarées des infirmiers anesthésiste.- SNIA : juin-juillet 2001 (annexe 1)

(50) Pascal ROD.- L'IADE, un infirmier avancé.- Oxymag n°69, avril 2003 : pages 17 à 19.

(51) Paul ZETLAOUI.- Règles générales de blocs anesthésiques chez l'adulte.- Le praticien en anesthésie-réanimation, septembre 2003 : pages 1S4 à 1S8. Masson

(52) Jacques RIPART.- Bloc nerveux périphériques : analgésie, gestion des cathéters.6 Le praticien en anesthésie-réanimation, septembre 2003 : pages 1S9 à 1S14. Masson

(53) « La SFAR, société savante ou annexe des syndicats médicaux ».- www.infiweb.org/accueil/autruche/autruche-info.html.- Le 4 mars 2003.

(54) Philip COHEN.- Médecins et Infirmiers anesthésistes. Ce qui a changé de 1984 à 2002.- www.snarf.org/juridique/infirmiers0902.htm, septembre 2002

(55) Maroussia GALPERINE.- Responsabilité de l'Infirmier Anesthésiste.- Oxymag n°67, decembre2002 : pages 17 et 18.

Cette attitude est beaucoup plus élégante que de considérer l'IADE responsable d'entraver le contrat médecin/malade, lorsque celui-ci réalise, à la demande d'un médecin anesthésiste-réanimateur, une anesthésie locorégionale. (cf 40 et 41)

Cette considération, assez virulente, nécessite qu'on s'y arrête afin d'apporter quelques éléments de réponses permettant de recadrer la réalité.

Le contrat tacite, qui lie le malade à son médecin, n'est possible que lorsqu'il s'agit d'un praticien indépendant travaillant en dehors ou ayant une consultation privée dans structure d'hospitalisation. De plus, ce praticien sera obligé de s'engager vis-à-vis de son patient à réaliser lui-même l'acte pour lequel il a été consulté.

Dans le cas contraire, le patient hospitalisé n'a pas le choix du praticien. Le contrat de soins n'est pas passé avec un médecin précis mais avec l'établissement de santé, dans le strict respect de la loi 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

Ce qui paraît une évidence pour le secteur public l'est aussi pour le secteur privé. Le code civil précise dans un arrêt de la première chambre civile de la Cour de Cassation (56) :

« Le contrat de soins du patient qui consulte dans un établissement privé est conclu avec cet établissement et non avec le médecin qui reçoit le patient, dès lors que ce médecin est salarié de l'établissement. »

Cette jurisprudence civile illustre l'inopportunité des propos de la SFAR vis-à-vis des IADE et relance implicitement, le principe de responsabilité civile des établissements de santé.

En effet ceux-ci, en vertu des articles L.1141-1 et suivants du Code de la Santé Publique, sont tenus civilement responsables des dommages causés aux patients. Ceci implique que la responsabilité propre du médecin anesthésiste-réanimateur se voit engagée que si celui-ci est personnellement impliqué dans la faute. Il en va de même de la responsabilité de l'Infirmier Anesthésiste.

L'attitude de la société savante, d'inciter les médecins anesthésistes réanimateurs de limiter les gestes des infirmiers anesthésistes, n'a pas de fondement juridique ni d'arguments statistiques démontrant que les gestes des IADE, sont plus délétères que ceux des Médecins Anesthésistes réanimateurs.

Dans un documents de décembre 2001, le Groupe des Assurances Mutuelles Médicales (57) indiquait que sur les 49606 infirmiers (es), sociétaires du groupe, trente et une déclarations concernant des accidents corporels lui étaient parvenues, une seule impliquant un IADE.

En décembre 2002, Monsieur Vilanova, juriste à la Médicale de France, indiquait dans une interview au mensuel Oxymag (58) qu'aucun sinistre concernant les IADE n'avait été relevé depuis cinq ans. Dans la même interview, Monsieur Decroix, juriste au Sou Médical, parlait lui de trois déclarations annuelles.

(56)Code Civil.- Civ. 1^{ère}, 4 juin 1991 : JCP 1991.II.21730, note J.Savatier ; Gaz. Pal. 1992.2.503, note Chabas ; RTD civ.1992. 123, obs. Jourdain.- Dalloz 2003.

(57)GAMM infos.-Lettre de formation pour la prévention du risque.- Numéro spécial infirmier, décembre 2001 : pages 3 et 4.

(58)La responsabilité de l'IADE.- Points de Vue.- Oxymag n° 67, décembre 2002 : pages 19 et 20.

La sinistralité quasi inexistante, tend à prouver que l'Infirmiers Anesthésiste n'est pas frappé d'incapacité manuelle à réaliser les gestes techniques.

Il n'est pas inutile de préciser que l'IADE n'est pas un Médecin Anesthésiste-Réanimateur et, par voie de conséquence, ne se substitue pas à lui. Ce n'est pas non plus un « aide anesthésiste » ou un super aide soignant au service du Médecin. L'IADE a bénéficié d'une formation complémentaire ce qui lui permet d'avoir une pratique plus avancée. Cette notion de pratique avancée est désormais répandue sous le terme anglo-saxon « *d'advance practice* » largement soutenue par l' Organisation Mondiale de la Santé et qui adopte une vision plus large des compétences des infirmiers.

IV°) CONCLUSION :

Les nouvelles compétences des infirmiers anesthésistes conférées par l'article 10 du décret 2002-194 du 11 février 2002 n'ont pas l'intention de révolutionner le paysage de l'anesthésie Française. Il faut cependant, qu'elles soient exercées dans le respect et l'acceptation de la nouvelle réglementation. Il est temps de reconsidérer l'anesthésie dans son ensemble, sortir des querelles stériles et se reconcentrer sur l'articulation des rôles et des compétences de chacun.

Le médecin anesthésiste réanimateur est avant tout un médecin qui soigne avant d'être un technicien

. « ...*Le médecin anesthésiste est devenu le médecin de la chirurgie. Celui qui soigne l'opéré autrement qu'avec ses mains et complète cet aspect du travail* ». (59)

Il est assisté par un Infirmier Anesthésiste auquel il est le seul à pouvoir lui déléguer des soins afin que l'acte d'anesthésie se déroule dans la plus grande confort et sécurité pour le patient. En France, il n'existe pas d'autre spécialité médicale où la complémentarité voire la complicité soit aussi forte entre le paramédical et le Médical

Les IADE français ne veulent pas de la dérive américaine qui consiste à exercer seul, mais veulent que leurs compétences soient respectées et reconnues par la communauté médicale.

L'anesthésie est une discipline étiquetée à haut risque et à forte contrainte réglementaire. Cette discipline ne peut se passer de personnel hautement qualifié qui a su accompagner cette mutation. La sécurité et la qualité des soins des patients ont conduit les Infirmiers Anesthésistes à toujours plus de professionnalisme et de vigilance. Ils s'y emploient quotidiennement.

Il paraît fondamental, malgré les difficultés dans la compréhension de ces nouvelles compétences, de préserver la complémentarité de l'IADE et du Médecin Anesthésiste afin que la notion d'équipe en sorte renforcée.

(59)Gérard BRES.- J'ai peur de ne pas me réveiller.- Edition SEUIL 1988, page 234.

ANNEXE N° 1

ANNEXE N° 2

ANNEXE N° 3

BIBLIOGRAPHIE :

Code Pénal.- Dalloz 2003
Code Civil.- Dalloz 2003
Code de la Santé Publique.- Dalloz 2003

Loi du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires
Décret 88-903 du 30 août 1988 créant un certificat d'aptitude aux fonctions
d'Infirmier Spécialisé en Anesthésie Réanimation.

Décret 91-1281 du 17 décembre 1991 instituant un diplôme d'Etat d'Infirmier
Anesthésiste.

Décret 93-221 du 16 février 1993 relatif aux règles professionnelles des infirmiers et
infirmières

Décret 93-345 du 15 mars 1993 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la
profession d'infirmière (abrogé)

Décret 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

Loi du 16 décembre 1996 faisant obligation à la collectivité publique d'accorder sa
protection au fonctionnaire dans le cas où il fait l'objet de poursuites pénales

Arrêté du 17 janvier 2002 relatif à la formation conduisant au diplôme d'Etat
d'Infirmier Anesthésiste.

Loi 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits de malades et à la qualité du système
de santé.

Décret 2002-194 du 11 février 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de
la profession d'infirmier.

Circulaire DHOS/E2 n° 266 du 30 avril 2002 relative à la mise en œuvre du
programme national de lutte contre la douleur 2002-2005 dans les établissements de santé.

SFAR Recommandations concernant le rôle de l'Infirmier Anesthésiste diplômé
d'Etat.- Janvier 1995

SFAR communiqué.- « Les IADE » 23 mai 2000

SFAR communiqué.-« Les rôles respectifs des médecins anesthésistes-réanimateurs et
des infirmiers anesthésistes dans la conduite de l'anesthésie ».- février 2001.

SFAR communiqué.- « Commentaire sur le décret n°2002-194 du 11/02/2002 relatif
aux actes professionnels et à la profession d'infirmier » décembre 2002.

SNIA « Enquête démographique et de pratiques déclarées des infirmiers
anesthésistes ».- juin-juillet 2001.

SNIA « Recommandations pour l'exercice de la profession d'infirmier
anesthésiste ».- mai 2002

G. BRES.- J'ai peur de ne pas me réveiller.- Edition SEUIL, 1988

E. BALAGNY.- Histoire des infirmiers anesthésistes.- communication libre.- JEPU, mars 2002.

G. DEVERS.- Le nouveau cours du soins.- Droit Déontologie et Soins, volume 2, n°2, juin 2002

G. DECROIX.- Le nouveau décret de compétence des infirmière.- Responsabilité n°6, juin 2002

Th. FAUCON.- Un texte réaliste et cohérent.- Responsabilité n°6, juin 2002

A. LIENHARD.- Les nouvelles compétences des infirmiers anesthésistes. Les conséquences pour les médecins anesthésistes-réanimateurs.- Responsabilité n°6, juin 2002

M GALPERINE.- Le décret d'actes et la responsabilité de l'Infirmier Anesthésiste.- oxymag n° 67, décembre 2002.

L'Infirmière Magazine n°178.- Alerte aux ALR.- janvier 2003

C. MANAOUIL, A. S ARNAUD, M. GRASER, E. HAYEK, O. JARDE ; - La responsabilité de l'anesthésiste.- Droit Déontologie et Soins, volume 3, n°1, mars 2003

D. BARANGER, C SICOT.- La faute détachable du service hospitalier.- Responsabilité n°9, mars 2003

E BALAGNY.- Hommage à Anne de CASAMAJOR.- Oxymag n°69, avril 2003

P. ROD.- L'IADE, un infirmier avancé.- Oxymag n°69, avril 2003.

P. ZETLAOUI.- Règles générales de réalisation des blocs anesthésiques chez l'adulte.- Le Praticien en anesthésie réanimation, septembre 2003 : MASSON.

J. RIPART.- Blocs nerveux périphériques : analgésie, gestion des cathéters.- Le Praticien en anesthésie réanimation, septembre 2003, MASSON.