

## COMMENTAIRES SUR LE DECRET MINISTERIEL N° 2002-94 DU 11/02/02 RELATIF AUX ACTES PROFESSIONNELS ET A LA PROFESSION D'INFIRMIER

Le JO du 16/02/02 a publié le décret cité en référence [1] relatif aux actes professionnels et l'exercice de la profession d'infirmier. L'article 10 de ce décret stipule que :

*“L’Infirmier Anesthésiste Diplômé d’Etat (IADE) est seul habilité, à condition qu’un médecin anesthésiste réanimateur, puisse intervenir à tout moment, et après qu’un médecin anesthésiste réanimateur a examiné le patient et établi le protocole, à **appliquer** les techniques suivantes :*

*1° Anesthésie générale ;*

*2° Anesthésie loco-régionale et réinjections dans le cas où un dispositif a été mis en place par un médecin anesthésiste réanimateur ;*

*3° Réanimation per opératoire.*

*Il accomplit les soins et peut, à l’initiative du médecin anesthésiste réanimateur, réaliser les gestes techniques qui concourent à l’application du protocole”.*

Les termes de cet article pourraient être interprétés par certains comme l'autorisation donnée aux IADE de réaliser, à la demande du médecin anesthésiste réanimateur, des anesthésies générales, mais également loco-régionales (ALR), cela sous sa surveillance directe, puis qu'il doit être capable d'intervenir “à tout moment”.

La réalisation de ces gestes par un infirmier IADE serait paraît-il déjà, dans certaines structures, un état de fait obligé en rapport avec la pénurie ou la multiplicité des tâches des médecins anesthésistes réanimateurs et responsable de leur manque de disponibilité [2]. Pour d'autres praticiens, exerçant dans des spécialités "consommatrices" d'anesthésie, le souhait est grand de voir réaliser par les IADE certains actes d'anesthésie en l'absence de médecins anesthésistes réanimateurs [3]. Dans le domaine de l'endoscopie digestive une réponse vient d'être récemment donnée aux intéressés [4]. Dans certains pays, la profession d'infirmier anesthésiste n'existe pas (Belgique), alors qu'aux Etats-Unis, des infirmier(e)s assument seul(e)s des anesthésies,

Soucieuse de la qualité des soins et de la sécurité des patients, il y a plusieurs années déjà, la SFAR a, en accord avec les représentants de la profession, reconnu les IADE comme les plus proches collaborateurs des médecins anesthésistes

réanimateurs, habilités à participer aux actes relevant de leur seule compétence, et à la mesure de leur qualification [5].

Peu de temps avant la parution du nouveau décret de compétence cité ci-dessus, la SFAR s'était exprimée sur "les rôles respectifs des médecins anesthésistes réanimateurs et des infirmier(e)s anesthésistes diplômé(e)s d'état dans la conduite de l'anesthésie" [6].

Tout récemment et sitôt sa parution, le Conseil d'Administration de la SFAR a publié un texte d'"information sur le décret relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier" [7]. Dans ce texte sont rappelées les récentes recommandations du Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) publiées en décembre 2001 et précisant la responsabilité exclusive, pour certains actes, du médecin anesthésiste réanimateur dans ses rapports avec l'infirmier anesthésiste diplômé d'état [8]. Ainsi est-il bien noté dans ce document que ***"l'anesthésie est un acte médical qui ne peut être pratiqué que par un médecin anesthésiste réanimateur qualifié. L'IADE ... ne peut pas entreprendre seul(e) une anesthésie de quelque type que ce soit en l'absence d'un médecin qualifié en anesthésie réanimation"***. L'Autorité Ordinale a ainsi voulu faire reposer la nature et la responsabilité du geste technique réalisable par l'IADE sur le seul médecin anesthésiste réanimateur, excluant de ce fait toute pratique par l'IADE de l'anesthésie à la demande d'un médecin d'une autre spécialité ou d'une sage femme. Il faut rappeler à ce propos que la notion de *délégation de tâche* n'est possible qu'à niveau de compétence équivalente.

Comme mentionné plus haut, la SFAR a largement contribué à la formation et au positionnement actuel des IADE dans les établissements de santé et au sein des blocs opératoires, notamment à l'exclusivité de leur rôle auprès des médecins anesthésistes réanimateurs, ce que les IADE réclamaient à juste titre, compte tenu du cursus de leurs études. La SFAR a également affirmé leur place en salle de surveillance post interventionnelle (SSPI), et dans d'autres structures (les SAMU et les SMUR). Au bloc opératoire, en particulier, l'action des IADE est essentielle dans la mise en œuvre, la maintenance, et la vérification des matériels utilisés en anesthésie. Certains actes comme l'intubation trachéale, en dehors de cas difficiles nécessitant une technique spéciale comme la fibroscopie, leurs sont très souvent confiés, en présence du médecin anesthésiste réanimateur, ainsi que la surveillance peropératoire des patients anesthésiés, à condition qu'un médecin anesthésiste réanimateur puisse intervenir à tout moment. Les IADE sont donc indiscutablement les collaborateurs directs et

incontournables des médecins anesthésistes réanimateurs auxquels ils apportent leur aide précieuse et efficace.

Pour autant faut-il laisser aux IADE la réalisation de gestes techniques relevant de la compétence exclusive du médecin anesthésiste réanimateur (l'anesthésie loco-régionale par exemple), au risque d'être préjudiciable à la fois à l'IADE lui-même, au médecin qui l'aura autorisé et au patient qui aura été dans l'ignorance totale de ce glissement de tâches?

L'objet du présent texte est de clarifier la notion de caractère **médical** de l'anesthésie. Ce fait serait d'une grande importance au cas où la transgression des dispositions réglementaires dans la réalisation d'un acte aurait entraîné la survenue d'une complication. La responsabilité de chacun resterait pleine et entière puisque nul ne peut se soustraire à sa responsabilité propre (le médecin d'avoir délégué un acte qu'il ne pouvait pas déléguer, et l'IADE d'avoir accepté de le faire alors qu'il (elle) n'en avait pas le droit).

Avant d'en aborder successivement les différents aspects (réglementaires, éthiques, techniques et de gestion des complications, qualité des soins), il convient de rappeler que la prise en charge du patient anesthésié ne se limite pas à la réalisation du seul acte technique anesthésique. Cette prise en charge relève d'une démarche intellectuelle médicale commencée dès la consultation d'anesthésie, et qui comporte, outre l'évaluation de l'état de santé du patient et du risque opératoire, son information et la planification de la stratégie péri opératoire visant autant que faire se peut à réduire les risques liés à l'anesthésie et à l'intervention. Cette démarche, poursuivie en peropératoire pour diagnostiquer précocement la survenue d'une complication et la traiter, s'étendra également au réveil et à la période postopératoire. Ainsi l'anesthésie est-elle une succession d'actes diagnostiques et thérapeutiques qui relèvent bien d'un raisonnement médical et de la compétence d'un médecin anesthésiste réanimateur spécialiste formé à cet effet.

### **1° Aspects juridiques et information du patient**

Une obligation de moyens, sinon de résultat, est exigée de façon pressante par le public et, le cas échéant, par les tribunaux en cas de conflit. En outre, depuis l'arrêt de la cour de cassation du 25 février 1997 [9] et celui du conseil d'état du 5 janvier 2000 [10], le patient doit être informé des risques inhérents aux investigations et aux techniques qui lui sont proposées et le médecin doit apporter la preuve que cette information lui a bien été délivrée. Il faut rappeler également qu'information et consentement du patient

aux soins sont des obligations formulées dans le Code de Déontologie Médicale dans ses articles 35 et 36 [11]. Dès 1996 la SFAR avait réfléchi à la nature de cette information [12] et, en 1998, a proposé une fiche d'information sur les risques de l'anesthésie générale et loco-régionale remise au patient et commentée lors de la consultation [13]. Il est évident que si l'acte d'anesthésie devait être réalisé par l'IADE seul(e), il conviendrait que le patient en soit clairement informé. En cas de complication ou d'accident lié à une difficulté technique ou à toute autre étiologie, survenant dans la période péri opératoire, à qui demanderait-on réparation ? A l'IADE qui a effectué un geste qui ne figure pas au programme de sa formation et qui n'est pas de sa compétence [14], au médecin anesthésiste réanimateur qui lui aurait prescrit son exécution ou aux deux ?

Enfin, rappelons que l'acte d'anesthésie figure dans la partie médicale de la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP).

### ***2° Aspects techniques et gestion des complications***

L'anesthésie est, comme on l'a vu, une suite rapprochée d'actes diagnostiques et thérapeutiques encadrant un ou plusieurs actes techniques. Devant des réactions adverses et/ou imprévues, des signes anormaux, des variations des constantes hémodynamiques ou respiratoires survenant au cours d'une anesthésie, il faut savoir très rapidement porter un diagnostic et décider des mesures thérapeutiques qui s'imposent. Seules une formation médicale de spécialité, et une formation continue régulièrement suivie, permettent de le faire avec un maximum de chances de succès pour le patient.

### ***3° Quels bénéfices attendre en termes de qualité des soins?***

Une étude réalisée par Silber et al., sur le devenir des opérés selon que l'anesthésie était pratiquée directement ou non sous la surveillance d'un médecin anesthésiste réanimateur, fait état d'une diminution de mortalité lorsque les médecins anesthésistes réanimateurs dirigeaient directement la procédure anesthésique [15]. On aborde là clairement la notion de "perte de chance" pour le patient avec toutes ses conséquences potentielles en matière de responsabilité.

***En conclusion***, la SFAR, après avoir pris connaissance du décret relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier, accueille favorablement les termes de ce texte qui lève toute ambiguïté sur la possibilité pour des médecins non

anesthésistes-réanimateurs de prendre l'initiative d'une anesthésie dans laquelle l'IADE serait le seul professionnel infirmier qualifié. Elle rappelle que les recommandations concernant le rôle des IADE qu'elle a publiées en 1995 sont d'actualité. Elle fait siennes les récentes recommandations du CNOM.

La SFAR, dans son but permanent d'amélioration de la sécurité des malades anesthésiés, affirme que la clarté de la définition des tâches est un élément important de la maîtrise des risques, et qu'elle ne peut être que bénéfique pour le patient et l'équipe anesthésique que constituent IADE et médecin anesthésiste réanimateur.

## Références

1. Ministère de l'Emploi et de la Solidarité. Décret n° 2002.194 du 11 février 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier. JO du 16 février 2002.
2. Bénichou A. Vous avez dit "détracteurs". Ann Fr Anesth Réanim 2000 ; 19 : 564-6.
3. Labayle D. La promotion impossible (pp 35-38). In : Tempête sur l'hôpital. Ed. du Seuil 2002.
4. Lienhart A, Carli P, Marty J, Pourriat JL. Endoscopie digestive : qui fera quoi ? Ann Fr Anesth Réanim 2002 ; 21 : 343-6.
5. Recommandations concernant le rôle de l'infirmier anesthésiste diplômé d'état. SFAR janvier 1995.
6. Conseil d'Administration de la SFAR. Les rôles respectifs des médecins anesthésistes réanimateurs et des infirmier(e)s anesthésistes diplômé(e)s d'état dans la conduite de l'anesthésie. Ann Fr Anesth Réanim 2001 ; 20 : fi 20.
7. Conseil d'Administration de la SFAR. Information sur le décret relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier. Ann Fr Anesth Réanim 2002 ; 21 : fi 58-59.
8. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Recommandations concernant les relations entre anesthésistes réanimateurs, chirurgiens et autres spécialistes ou professionnels de santé. Edition avril 2002.
9. Arrêt Cour de Cassation du 25 février 1997.
10. Arrêt Conseil d'Etat du 5 janvier 2000.
11. Ministère de la Santé Publique et de l'assurance maladie. Décret n°95.1000 du 6 septembre 1995 portant code de déontologie médicale.

12. SFAR. Réflexions sur l'information et le consentement du patient en anesthésie réanimation. Lettre de la SFAR n° 15 ; 1996.
13. SFAR. Information médicale sur l'anesthésie : proposition de la SFAR. Ann Fr Anesth Réanim 1998 ; 17 : 2-4.
14. Ministère de l'Emploi et de la Solidarité. Arrêté du 17 janvier 2002 relatif à la formation conduisant au diplôme d'infirmier anesthésiste. JO de la République Française, n°28 du 2 février 2002, page 2205. Annexes BO. NOR : MESP 02.203-16A.
15. Silber JH, Kennedy SK, Even-Shoshan O, Chen W, Koziol L, Showan AM, Longnecker DE. Anesthesiologist Direction and Patient Outcome. Anesthesiology 2000; 93 : 152-63.