

Exercice professionnel

Le diagnostic infirmier en anesthésie

■ L'infirmier anesthésiste travaille "dans l'ombre" mais sa fonction est essentielle à la prise en charge du patient opéré ■ Le domaine des soins infirmiers en anesthésie est encore peu conceptualisé, notamment dans sa partie autonome ■ Une réflexion sur le diagnostic infirmier en anesthésie semble un premier pas vers une structuration de la profession.

FRANÇOIS GIRAUD-ROCHON

La profession d'infirmier anesthésiste existe officiellement en France depuis les années 1950 et peut encore, en ce début de 3^e millénaire, être considérée comme une profession jeune. Ces cinquante années d'exercice professionnel ont conduit à une certaine reconnaissance: une formation structurée, un diplôme d'État. Mais la pratique quotidienne reste hétérogène selon le type d'établissement et l'influence de l'ascendant médical. L'infirmier anesthésiste semble voué à travailler dans l'ombre. L'identification d'une démarche diagnostique représenterait une aide à la conceptualisation de la pratique et une appropriation collective, bénéfique pour la reconnaissance de la profession et la prise en charge du patient en anesthésie.

MOTS CLÉS

- Anesthésie
- Diagnostic infirmier
- Démarche diagnostique
- Infirmier anesthésiste
- Intervention chirurgicale

LE DOMAINE DE L'ANESTHÉSIE

Le domaine des soins infirmiers en anesthésie est difficile à définir. De nombreux ouvrages ont été publiés sur les classifications des diagnostics infirmiers, tels qu'ils sont enseignés dans les instituts de formation en soins infirmiers (Ifsi) et mis en application dans les unités de soins.

■ La profession d'infirmier anesthésiste diplômé d'État (Iade) paraît, quant à elle, peu encline

à conceptualiser sa pratique, en particulier son "rôle propre". Cela ne peut se faire sans la reconnaissance par les professionnels de la démarche diagnostique. Démarche qu'ils réalisent implicitement et qui ne s'apparente pas à une simple classification de problèmes rencontrés, mais bien à un processus intellectuel nécessaire à l'évaluation en temps réel d'une situation donnée.

■ Les soins infirmiers prodigués par les infirmiers anesthésistes sont diversifiés, nombreux, discrets (le bloc opératoire est un lieu clos où, par nécessité, le patient dort...) et, de ce fait, invisibles. Resté traditionnellement dans l'ombre du savoir et du pouvoir médical, l'infirmier anesthésiste peine à définir les limites de son autonomie et la dimension spécifique de sa responsabilité.

■ Notre propos se nourrit de la collaboration, efficace dans la très grande majorité des cas, qui lie les infirmiers anesthésistes aux médecins anesthésistes, mais qui rend parfois difficile la formulation d'une pratique identifiée. Notre objectif est de préciser la place de l'Iade dans sa pratique quotidienne, en positionnant ses compétences, et de susciter chez lui (elle) une prise de conscience positive et épanouissante. Mettre en application un concept de "diagnos-

tic Iade", c'est donner de la valeur à la démarche clinique, c'est mettre un mot sur une pratique peu ou pas conscientisée par les professionnels.

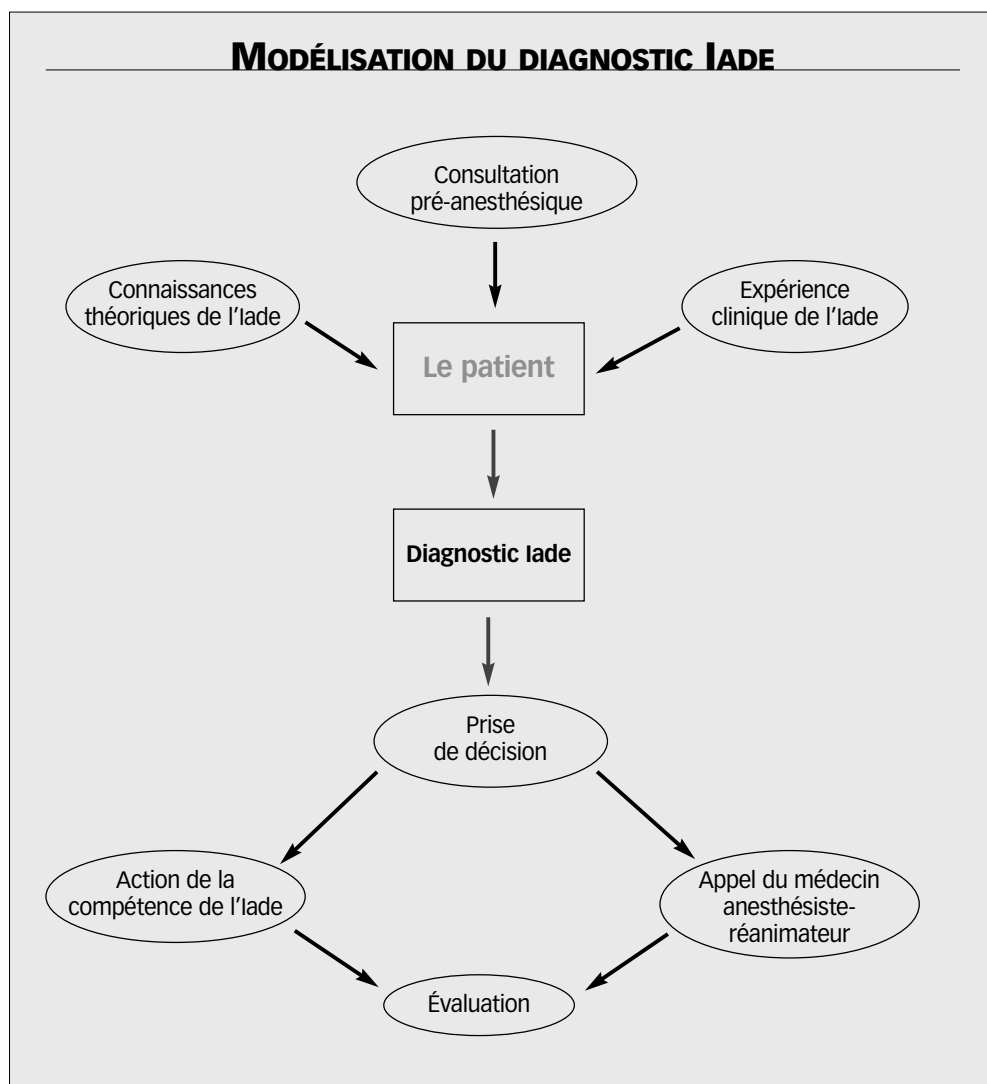
Ne sera abordée dans cet exposé que la fonction de l'infirmier anesthésiste dans sa pratique au bloc opératoire, c'est-à-dire en secteur d'anesthésie. Il est également présent au sein d'autres structures, telles que la salle de surveillance post-interventionnelle, les SMUR, la réanimation, les services d'urgence, les centres anti-douleur. Enfin, la compétence individuelle de l'Iade, à laquelle nous faisons référence ici, est à situer au sein de la compétence collective d'une équipe plurielle.

LE SOIN INFIRMIER EN ANESTHÉSIE

.....

L'anesthésie provoque essentiellement une analgésie et une inconscience (anesthésie générale), ainsi qu'un certain degré de protection (action sur les mécanismes physiologiques du stress). Cette définition est réductrice, car l'anesthésie est un soin complexe: elle engendre la perte de la conscience, donc de la capacité de maîtriser, de penser et de prendre sa vie en main. Or, la peur d'abandonner son corps à un autre, sans contrôle possible, est productrice d'angoisses.

MODÉLISATION DU DIAGNOSTIC IADE



L'anesthésie représente bien souvent, selon les termes d'Éliane Ferragut, la transgression inimaginable d'un interdit fondamental, relatif à la possibilité d'un aller-retour entre vie et mort, selon le seul vouloir humain.

■ **La pratique du soin infirmier en anesthésie n'a cessé d'évoluer.** Si, dans la dernière décennie, on pouvait se satisfaire d'un patient vivant en fin d'intervention, aujourd'hui sa restitution *ad integrum* s'impose. Cette tendance conduit à l'amélioration de la prise en charge, vers une démarche qualité qui répond, d'une part, à l'accentuation des exigences de la population et, d'autre part, à un changement de référentiel économique.

■ **Malgré ce nouveau contexte,** la place du patient reste conditionnée par la singularité de l'acte. Ne pouvant faire "avec le patient", l'infirmier anesthésiste est contraint de faire "sur le patient". Mais, par contrat tacite passé avec l'anesthésiste, le patient reste moralement et éthiquement présent tout au long de l'intervention.

DES ACTIONS IDENTIQUES

■ **L'infirmier anesthésiste est co-responsable avec le médecin anesthésiste réanimateur (Mar)** de la vérification du site d'anesthésie (matériel, drogues, éléments de surveillance...). Il engage sa responsabilité personnelle en signant un document médico-légal.

■ **Il prend connaissance du résultat de la consultation pré-anesthésique médicale.** Les différents facteurs identifiés orientent sa prise en charge du malade.

■ **Il s'assure de la concordance** entre les éléments transcrits sur la feuille d'anesthésie et l'état du patient en préopératoire immédiat. Selon son degré de connaissances, il est de sa compétence de réévaluer ces données et d'en informer, le cas échéant, le Mar.

■ **Il assure (ou participe avec le Mar à) l'installation du patient** sur

la table d'opération, la mise en place du monitoring de surveillance et l'équipement du patient (voies veineuses) en fonction des besoins de l'anesthésie et de la chirurgie.

■ **Il assure (ou participe avec le Mar à) l'induction anesthésique du patient,** sa surveillance peropératoire rapprochée, son réveil et sa surveillance postopératoire immédiate.

■ **Il assure le reconditionnement du site d'anesthésie** en appliquant les règles d'hygiène préconisées.

■ **Il participe à la formation initiale et continue,** et à la recherche dans le domaine des soins infirmiers.

DES DISPARITÉS D'EXERCICE

Ce cadre général ne distingue pas les disparités qui caractérisent les différents lieux d'exercice que sont une clinique privée, un centre hospitalier universitaire ou local... La prescription médicale qui est à l'origine

de l'intervention de l'infirmier anesthésiste se résume la plupart du temps à une indication anesthésique implicite, non écrite. Or, l'acte d'anesthésie n'est pas toujours réalisé en collaboration avec un Mar, celui-ci ayant bien souvent en charge un autre patient, ainsi que la supervision des anesthésies pratiquées dans les différentes salles d'opération. Cela impose à l'infirmier anesthésiste la responsabilité de choisir, d'adapter et d'évaluer sa démarche thérapeutique. Chaque professionnel ajuste sa pratique à un contexte donné, ce qui contraint, selon J. Signeyrole, à « *distinguer ce que la profession permet de faire théoriquement, de ce que chaque thérapeute sait, sait faire et fait effectivement* ».

Cette adaptation contextuelle et individuelle de la fonction semble constituer un frein à la définition d'une pratique professionnelle identifiée et originale, base indispensable à la mise en place d'une ...

RÉFÉRENCES

- Collière M.-F., Promouvoir la vie, Inter Éditions, 1982
- Dietsch J., Le diagnostic diététique, Mémoire présenté en vue de l'obtention du Diplôme de cadre de santé, Profession: Diététicien, IFCS de Grenoble, 2000
- Ferragut É., La dimension de la souffrance en chirurgie et réanimation, Masson, 1996
- Frecon-Valentin É., Pascal A., Diagnostics infirmiers, interventions et résultats, 2^e édition, Masson, 2000
- Giraud-Rochon F., Infirmier anesthésiste: quelle formation, pour quels professionnels?, Mémoire présenté en vue de l'obtention du Diplôme de cadre de santé, Profession: Infirmier, IFCS de Grenoble, 1998
- Journiac C., L'infirmière anesthésiste et sa représentation: deux modèles de référence?, Recherche en soins infirmiers, 1995; 43: 18-59
- Michon D., La démarche diagnostique, de la formation à la réflexion de l'action, Soins Cadres, 2000; 34: 48-51
- Miller R.-D., Anesthésie, Flammarion, 1996
- Plas F. et coll., Le diagnostic kinésithérapique, Kinésithérapie Scientifique, 1999; 389: 9-12
- Signeyrole J., Problématique d'une profession, KA actualité, 1^{er} mars 2001: 7

... démarche diagnostique. À l'instar de François Plas et de son équipe pédagogique qui cernent le domaine de la kinésithérapie à partir des dysfonctionnements du mouvement (la "kinésiopathologie"), de la même manière, "l'anesthésiopathologie" permettrait sans doute une représentation plus globale de la fonction de l'Iade.

Les soins dispensés par les infirmiers anesthésistes préviennent, réduisent, compensent ou restaurent les dysfonctionnements physiopathologiques induits par l'anesthésie.

☛ LE DIAGNOSTIC IADE

.....

■ **Étymologiquement**, diagnostic vient du grec *diagnôsis* et signifie "capable de discerner". Dans son sens commun, le diagnostic est la détermination d'un problème à partir de signes ou de symptômes. Si les différentes définitions données par les dictionnaires font toutes référence en première intention au domaine de la médecine, le langage courant a repris ce terme. Ainsi, comme l'explique J. Dietsch, « *diagnostiquer est une acte intellectuel nécessaire à l'exercice d'une profession* ».

■ **Aujourd'hui, tout professionnel utilise une démarche diagnostique** qui se caractérise par l'identification d'un problème, sa définition et la mise en place d'une conduite à tenir pertinente. Dans notre domaine, le diagnostic est un processus mis en œuvre par le professionnel de santé lorsqu'il choisit, dans son champ de compétence, la stratégie et les modalités de prise en charge les plus appropriées aux patients.

La pratique professionnelle des infirmiers anesthésistes en secteur d'anesthésie respecte-t-elle une démarche permettant l'énoncé d'un diagnostic Iade?

■ **À partir de multiples informations** dont il a fait la synthèse, l'infirmier anesthésiste élabore constamment une conduite de raisonnement qui aboutit à pen-

ser une action. Ce processus met en jeu de multiples modèles tels que l'apprentissage, l'expérience clinique, voire le conditionnement, en situation d'urgence notamment.

■ **Pendant une anesthésie**, et en l'absence temporaire du médecin, l'Iade a la responsabilité de son jugement clinique. Faisant suite à un processus intellectuel d'interprétation de constantes cliniques et para-cliniques, l'infirmier anesthésiste émet une succession de diagnostics, grâce à ses connaissances théoriques médicales et à son expérience clinique. Il lui revient alors de circonscrire lui-même les actions qu'il juge de sa compétence ou de décider de s'en remettre au Mar, puis secondairement de réévaluer la situation.

■ **L'acte d'anesthésie** ne se résume donc pas à la simple application d'un protocole ou de recettes; il est un processus élaboré, préalable à des choix thérapeutiques (choix du matériel, des techniques, des dosages, etc.). Le diagnostic Iade apparaît alors comme l'aboutissement d'un processus de problématisation nécessaire à la compréhension de la situation. Il vise à anticiper les dysfonctionnements induits par l'anesthésie, à évaluer et déterminer la place possible de la prise en charge anesthésique par l'Iade et à réajuster sa stratégie thérapeutique.

☛ PROBLÉMATIQUES D'UNE PROFESSION

.....

S'approprier une démarche diagnostique confronte l'infirmier anesthésiste à de nouveaux obstacles. Il s'agit de s'extraire d'un raisonnement pré-formé qui avait l'avantage d'être rapide, intellectuellement économique et faussement satisfaisant (« *Je ne fais rien sans l'avis du médecin* »). L'autonomie exige, en effet, un investissement en termes de positionnement, de décision et d'argumentation de ses choix, et nécessite de prendre la respon-

sabilité de penser par soi-même. Cette autonomisation requiert alors la compréhension des différentes problématiques relatives à la profession.

PROBLÉMATIQUE HISTORIQUE

Les représentations de la fonction de l'anesthésiste se confondent entre les corps infirmier et médical. Dès le début, l'acte d'anesthésie est supervisé par le chirurgien lui-même, qui s'entoure d'aides plus ou moins compétentes pour entretenir l'anesthésie pendant qu'il opère. L'infirmière est alors rapidement reconnue comme étant la personne la plus fiable et la plus apte à administrer l'anesthésie. Au fil du temps, la profession d'infirmier anesthésiste connaît diverses fortunes. Mais, aujourd'hui encore, le "commun des mortels" ne distingue pas l'infirmier du médecin, entretenant ainsi l'ambiguïté. Tous deux sont investis d'un pouvoir identique.

PROBLÉMATIQUE LÉGISLATIVE

Les textes actuels freinent l'énoncé d'un diagnostic Iade. Ils ne permettent pas de cerner précisément les compétences de l'infirmier anesthésiste. 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 précise que « *l'infirmier anesthésiste diplômé d'État est seul habilité, à condition qu'un médecin anesthésiste-réanimateur puisse intervenir à tout moment, et après qu'un médecin anesthésiste-réanimateur a examiné le patient et établi le protocole, à appliquer les techniques suivantes: anesthésie générale, anesthésie loco-régionale et réinjections dans le cas où un dispositif a été mis en place par un médecin anesthésiste-réanimateur, réanimation per-opératoire* ». Cette seule « habilitation à appliquer » des techniques laisse les infirmiers anesthésistes dans une mouvance de compétences. Soumis « à l'initiative exclusive du médecin anesthésiste-réanimateur », les Iade peinent à circonscrire

leurs marges de manœuvre, personnelles et collectives.

PROBLÉMATIQUE IDENTITAIRE

Les attitudes et les discours des Iade sont souvent significatifs d'une difficulté à se positionner : ni "petits médecins", ni "super-infirmiers". Le rôle de l'infirmière s'étant élaboré sur l'appartenance à une double filiation (religieuse et médicale), les aides anesthésistes ont cherché une distanciation vis-à-vis de la filiation religieuse en se rapprochant de la pratique médicale par la voie de la technicité. Paradoxalement, la filiation médicale a ainsi joué un rôle d'émancipation.

Pour Marie-Françoise Collière, « plus la pratique des infirmiers à l'hôpital est proche de celle du médecin, comme c'est le cas dans les services spécialisés, [...] plus il y a possibilité de modifier le marquage socio-professionnel identifiant l'infirmier en le rapprochant du modèle gratifiant et sécurisant que représente le médecin ». Les Iade souhaitent sans doute être reconnus différemment par les médecins, en prouvant une compétence qui se rapproche de la leur, réduisant ainsi l'écart des rôles dans l'exercice de leur fonction soignante.

D'un côté, un médecin prescripteur, de l'autre, un infirmier spécialisé qui doit tous les jours délimiter sa zone d'autonomie s'il souhaite garder l'intérêt de sa pratique.

PROBLÉMATIQUE CONJONCTURELLE

Traditionnellement, une démarche thérapeutique s'appuie sur une situation particulière, celle de la rencontre du patient avec son thérapeute, au sein d'une institution : elle est donc singulière. Elle dépend de nombreuses variables : histoire et projets du patient, savoirs et projets du thérapeute, environnement institutionnel (moyens humains et matériels), relation patient / thérapeute, environnement du patient.



Or, l'anesthésie produit une conjoncture particulière :

• **d'une part, le thérapeute est double**, le médecin qui a réalisé la consultation pré-anesthésique et a posé l'indication, et l'infirmier anesthésiste qui, d'après sa compétence, réalise l'anesthésie, en collaboration ou non avec le médecin ;

• **d'autre part, très rapidement, le patient n'interfère plus dans cette relation** interindividuelle puisque, par finalité, il dort : il renvoie alors face à face le médecin et l'infirmier à un rapport thérapeute / thérapeute.

➡ VERS UNE PRATIQUE HOMOGENE ET RECONNUE

La mise en place d'une démarche diagnostique exige la prise en compte de l'ensemble de ces éléments historiques et du contexte actuel. Conceptualiser un diagnostic Iade signifie avoir une démarche collective et consensuelle de l'ensemble du corps des infirmiers anesthésistes. Car la reconnaissance sociale de la profession dépend avant tout de ses propres représentations. Dans sa relation avec le malade, l'infirmier anesthésiste se perçoit-il comme un technicien au service du méde-

cin dans l'exercice de ses fonctions anesthésiques, ou comme un infirmier accompagnant une personne lors d'une étape éprouvante ?

La formation initiale à l'école d'infirmiers anesthésistes est déterminante, en ce sens qu'elle est génératrice de conduites, de comportements et d'attitudes. Ce n'est pas seulement former des professionnels à appliquer une somme de connaissances en présence de signes, c'est les préparer à reconnaître des situations à chaque fois uniques. La formation a pour tâche d'aider les étudiants à formaliser leur pratique à travers des analyses de cas cliniques et à prendre conscience de l'intérêt de la démarche diagnostique dans le processus de prise en charge d'un patient. La finalité étant de définir les spécificités de la profession, afin d'affirmer son identité, dans une optique d'ouverture et d'interprofessionnalité. Enfin, toute réflexion conduisant à l'énoncé d'un diagnostic Iade s'inscrit totalement dans une recherche de qualité conforme à la démarche d'accréditation. Les infirmiers anesthésistes ne peuvent faire l'économie d'un tel positionnement. ■

Remerciements

à Gilles Prel, formateur à l'école de kinésithérapeutes du CHU de Grenoble (38), pour le partage de son expérience et son sens aigu de l'interprofessionnalité.

L'AUTEUR

François Giraud-Rochon, cadre de santé, formateur École Iade, CHU Grenoble (38)