

Explications de Bruno Huet, Vice Président du Syndicat National des infirmiers anesthésistes (SNIA), DIU droit de l'expertise médico-légale, Expert judiciaire près de la cour de Versailles

Quelle définition doit-on donner à la notion de « stratégie anesthésique » notamment par rapport au protocole ?

Le changement sémantique demandé par la profession correspond à une mauvaise interprétation du terme « protocole ». Celui-ci était entendu par certaines personnes comme devant répondre aux critères de ce que l'on entend dans l'exercice infirmier par « protocole » de soins ou d'urgence, qui correspond à une prescription médicale anticipée des actes pouvant être réalisés dans le cadre de l'article R. 4311-7 CSP. Dans ce cadre doivent être précisés la dénomination du produit ou l'acte concerné, son mode d'administration ou de réalisation, les posologies éventuelles, ainsi que les règles d'administration ou de mise en œuvre.

Un protocole s'entend donc comme une liste détaillée d'actions à mettre en œuvre dans un ordre chronologique précis. Dans le cadre de l'exercice IADE, ce terme était impropre. En effet, la pratique de l'anesthésie n'est pas « protocolisable » à proprement parler du fait de la variabilité des réactions interindividuelles aux traitements anesthésiques et à l'acte chirurgical. En clair, jamais ce que l'on appelait « protocole d'anesthésie » ne s'apparentait à une prescription médicale conventionnelle.

Le nouveau terme de « stratégie anesthésique » s'apparente plus à la réalité. Il s'entend comme un ensemble de consignes concernant le mode d'anesthésie choisi par le MAR, en accord avec le patient, suite à la consultation d'anesthésie. La stratégie anesthésique pourra être révisée lors de la visite pré-anesthésique en fonction de l'évolution de l'état de santé du patient. La description de cette stratégie est habituellement succincte mais peut revêtir un caractère plus détaillé en fonction du terrain du patient et de la nature de l'intervention dont il va bénéficier. Le MAR doit y faire figurer le type d'anesthésie choisi (anesthésie générale, sédation, anesthésie locorégionale ou anesthésie combinée), les conditions de prise en charge des voies aériennes (intubation orotrachéale, nasotrachéale, masque laryngé, ventilation spontanée...). La grande majorité des stratégies d'anesthésie se cantonne à ces consignes, cependant le MAR peut y faire figurer tout élément qu'il juge nécessaire à la prise en charge du patient (type d'abord vasculaire, dispositif de monitoring complémentaire, stratégie particulière thérapeutique et de remplissage).

Il peut également y faire figurer des « objectifs ». A titre d'exemple : limites physiologiques à respecter telle qu'une pression artérielle moyenne minimale. Les posologies des thérapeutiques anesthésiques ne figurent pas dans cette rubrique du dossier d'anesthésie car l'IADE les adapte en continu afin de garantir l'équilibre physiologique du patient en situation d'anesthésie.

Nombre d'activités des IADE ne sont jamais prescrites formellement. Le remplissage vasculaire, les paramètres ventilatoires, les posologies d'hypnotiques intraveineux et inhalés, de morphiniques, curares... Cette pratique de l'anesthésie correspond à la mise en application

des règles de l'art acquises dans le cadre de la formation de spécialité et de la formation continue.

On reconnaît aujourd'hui l'autonomie médicalement supervisée de l'infirmier(ère) anesthésiste. Il est un praticien paramédical en anesthésie travaillant sous le contrôle du MAR. Réglementairement, cette reconnaissance est aujourd'hui illustrée par l'introduction de la terminologie « ... pratiquer les techniques suivantes : anesthésie générale, anesthésie locorégionale..., réanimation peropératoire » ([article R. 4311-12 CSP](#)). On observe qu'il y a une reconnaissance de l'aspect substitutif de l'infirmier anesthésiste lors de l'absence du médecin anesthésiste de la salle d'intervention. Néanmoins l'infirmier(ère) anesthésiste doit continuellement pouvoir référer au médecin anesthésiste des actions entreprises et de l'évolution de l'état de santé du patient.

Ceci est confirmé par l'article 4 du [décret du 10 mars 2017](#) qui prévoit que :

« I. L'article D. 6124-94 du même code est ainsi modifié :

1° Au premier alinéa, les mots : « d'un protocole établi et mis en œuvre » sont remplacés par les mots : « de la stratégie anesthésique établie par écrit et mise en œuvre » ;

2° Au quatrième alinéa, les mots : « au protocole anesthésique retenu » sont remplacés par les mots : « à la stratégie anesthésique retenue ».

II. Au premier alinéa de l'article D. 6124-102 du même code, les mots : « Le protocole d'anesthésique » sont remplacés par les mots : « La stratégie anesthésique » ».

L'analyse de l'arrêté du 23 septembre 2014 relatif à la création d'une annexe « Supplément au diplôme » pour les formations paramédicales d'infirmier(ères) anesthésistes, confirme également cette analyse. Ainsi, il est prévu :

« **Domaine de compétences 2**

- Analyser la situation, anticiper les risques associés en fonction du type d'anesthésie, des caractéristiques du patient et de l'intervention et **ajuster la prise en charge anesthésique**.
- apprécier l'état clinique et para-clinique du patient, son évolution par rapport à l'évaluation médicale pré-anesthésique et **ajuster la procédure d'anesthésie**.

Domaine de compétences 3

- Mettre en œuvre et adapter la procédure d'anesthésie en fonction du patient et du déroulement de l'intervention.
- Réaliser l'induction anesthésique et les gestes techniques concourant au type d'anesthésie déterminée.
- Assurer la ventilation et mettre en place un dispositif de ventilation sus ou sous-glottique et ajuster les paramètres ventilatoires du respirateur.

- Maintenir l'équilibre physiologique en fonction de l'évaluation en continu de l'état clinique et para-clinique du patient au cours de la procédure d'anesthésie ;

- Adapter le choix et la posologie des médicaments d'anesthésie en fonction de leur pharmacologie, des temps et techniques anesthésiques, opératoires ou obstétricaux et de l'évaluation des données cliniques et para-cliniques ;

- Identifier toute rupture de l'équilibre physiologique et le passage dans un état pathologique motivant l'appel du MAR et mettre en œuvre les mesures correctives et conservatoires dans l'attente de son arrivée

- Anticiper la phase de réveil et l'analgésie postopératoire ;

- Evaluer les critères d'élimination des agents anesthésiques utilisés et autres critères en vue du réveil et de l'extubation ;

- Evaluer les critères de réveil, mettre en œuvre les procédures de réversion et de sevrage ventilatoire et d'extubation

- Détecter les signes pouvant influencer l'anesthésie pour adapter la prise en charge du patient.

L'IADE intervient désormais « sous le contrôle exclusif du MAR » (auparavant « sous sa responsabilité »), que recouvre cette nouvelle notion ?

Le changement sémantique n'apporte rien de particulier car le terme utilisé n'est pas en contradiction avec l'ensemble des textes législatifs dans le cadre d'une procédure d'anesthésie décidée par le MAR. Il a pour objectif de ne pas permettre à un autre praticien d'utiliser les compétences d'un IADE pour réaliser une anesthésie.

Hors du champ de l'anesthésie, l'IADE peut néanmoins travailler avec un praticien d'une autre spécialité. C'est ce qui est envisagé dans le texte pour l'activité pré-hospitalière où sont présents des médecins urgentistes. Comme mentionné dans les recommandations SFMU/SFAR, les urgentistes ne réalisent pas d'anesthésie mais des sédations plus ou moins profondes.

L'IADE dispose désormais d'une compétence dans la gestion de la douleur post-opératoire, cette compétence s'applique-t-elle également à la gestion de la douleur hors du bloc opératoire et notamment en chambre d'hospitalisation ?

Oui, le texte précise l'intervention dans le cadre de la douleur postopératoire sans limite de lieu (ce qui a été bien défini lors des réunions avec les MAR) en donnant l'exclusivité aux IADE concernant les actes techniques mentionnés au b du 1.

La différence avec une IDE résulte dans le fait que celle-ci ne peut modifier les conditions d'administration des anesthésiques locaux sans prescription alors que l'IADE peut les adapter

en fonction des données cliniques, paracliniques recueillies et de la stratégie définie par le MAR.

Ce point de vue a été réaffirmé dans le dernier communiqué de la SFAR du 12 mars 2017 intitulé « A propos de la mise à jour du décret de compétence », dans lequel il est indiqué qu'une deuxième modification concerne la possibilité pour l'IADE d'intervenir, sous le contrôle exclusif d'un MAR en vue de la prise en charge de la douleur postopératoire. L'idée est de laisser la possibilité de la gestion de la douleur périopératoire en particulier avec des techniques invasives comme les cathéters d'anesthésie locorégionale aux IADE. Clairement, si l'on a une équipe mobile douleur postopératoire, c'est la compétence des IADE qui est demandée.

L'IADE reste seul compétent pour assurer, en SSPI, les actes relevant des techniques d'anesthésie générale, d'anesthésie locorégionale et réinjections dans le cas où un dispositif a été mis en place par un médecin anesthésiste-réanimateur, ainsi qu'en matière de réanimation peropératoire. Cependant, la nouvelle rédaction de l'article R. 4311-12 CSP peut laisser penser que seul l'IADE est compétent en ces domaines en SSPI. Cette exclusivité imposerait leur présence dans ce service alors qu'aujourd'hui, les patients en SSPI sont surtout surveillés par des IDE.

L'article D. 6124-101 CSP dispose que « pendant sa durée d'utilisation, toute salle de surveillance post interventionnelle comporte en permanence au moins un infirmier ou une infirmière formé à ce type de surveillance, si possible infirmier ou infirmière anesthésiste ».

Cependant, l'article R. 4311-12 CSP, mentionne que « L'infirmier ou l'infirmière, anesthésiste diplômé d'Etat est ... seul habilité à : ... 3° Assurer, en salle de surveillance post interventionnelle, les actes relevant des techniques mentionnées aux a et b du 1° et la poursuite de la réanimation peropératoire ».

La rédaction de ce paragraphe peut être interprétée comme une exclusivité pour l'activité de SSPI.

Le SNIA a demandé aux services juridiques de la DGOS d'apporter une réponse car il existe potentiellement une contradiction entre les deux textes.

Ce qui est certain c'est que si le MAR décide de réaliser une anesthésie en SSPI (AG ou ALR), le texte est clair sur l'exclusivité d'exercice de l'IADE. Le MAR n'a pas besoin d'un IADE pour réaliser une AG ou une ALR mais dans ce cas le MAR ne peut pas confier la poursuite de cette anesthésie à l'IDE sans contrevenir aux textes en vigueur et doit rester en SSPI.

L'IADE est cependant un professionnel à prioriser en SSPI compte tenu de son exclusivité d'exercice pour assurer la phase de réveil en autonomie et la poursuite de la réanimation initiée en peropératoire. Cette activité s'entend toujours sous la responsabilité d'un MAR présent sur le site d'anesthésie.

Enfin, l'induction, l'entretien et la surveillance d'une anesthésie débutée en SSPI ne pourra être confié par le MAR qu'à un IADE.

Désormais, l'IADE est le seul infirmier « habilité à réaliser le transport des patients stables intubés, ventilés ou sédatisés ». Cette formulation « large » laisse présager l'idée d'une présence systématique d'un IADE dans les SMUR assurant les transports inter-hospitaliers (ce qui est loin d'être le cas aujourd'hui).

Le texte a été modifié seulement sur la réalisation de certains TIIH. Les IADE ont l'exclusivité d'exercice concernant le transport des patients stables ventilés, intubés ou sédatisés pris en charge dans le cadre des transports infirmiers inter hospitaliers.

Les infirmiers (ères) peuvent réaliser les autres TIIH à partir du moment où le patient n'est pas ventilé et/ou intubé et/ou sédaté. Par ailleurs, la priorisation dans l'affectation des IADE en SMUR a été maintenue.

Qu'entend-on par réanimation peropératoire ?

Si on reprend le texte, l'IADE a la compétence pour pratiquer la réanimation peropératoire.

L'aspect "stabilisation" correspond au maintien de l'équilibre indispensable et l'infirmier anesthésiste y joue tout son rôle, par la gestion des perfusions (entrées et sorties), l'adaptation de la ventilation, la gestion de l'analgésie, de la narcose, l'entretien équilibré de l'anesthésie et son adaptation aux temps opératoires. L'infirmier anesthésiste est alors la personne répondant aux besoins fondamentaux qu'exige l'état du patient dans cette période momentanée de perte d'autonomie.

L'aspect "ressuscitation", la réanimation proprement dite, fait appel à des notions de rupture de l'équilibre et d'entrée dans un état pathologique, dans lequel le médecin anesthésiste prend toute sa place, et pour ce dernier, l'infirmier anesthésiste devient alors un collaborateur efficace et indispensable. C'est pour répondre à cette situation qu'un médecin anesthésiste doit pouvoir intervenir à tout moment, ce que précise d'ailleurs l'article R. 4311-12 CSP.

L'infirmier anesthésiste joue pleinement son rôle dans le maintien de l'équilibre physiologique au cours de l'anesthésie, mais un médecin anesthésiste doit pouvoir intervenir dès qu'il y a basculement dans une situation pathologique.

Cet aspect de l'exercice est rappelé dans les référentiels de 2012 :

- maintenir l'équilibre physiologique en fonction de l'évaluation en continu de l'état clinique et para-clinique du patient au cours de la procédure d'anesthésie ;
- identifier toute rupture de l'équilibre physiologique et le passage dans un état pathologique motivant l'appel du MAR et mettre en œuvre les mesures correctives et conservatoires dans l'attente de son arrivée ;

- adapter le choix et la posologie des médicaments d'anesthésie en fonction de leur pharmacologie, des temps et techniques anesthésiques, opératoires ou obstétricaux et de l'évaluation des données cliniques et para-cliniques ;
- assurer la ventilation et mettre en place un dispositif de ventilation sus ou sous-glottique et ajuster les paramètres ventilatoires du respirateur.

L'IADE peut-il réaliser les actes techniques enseignés lors de sa formation avec un autre praticien qu'un médecin anesthésiste ?

La compétence se définit par le savoir-faire alors que l'habilitation est l'autorisation de réaliser un geste technique en fonction d'un diplôme obtenu.

L'IADE garde sa compétence technique même en exerçant avec un autre praticien.

En clair, l'IADE peut intuber un patient comme il peut mettre en œuvre tout ce qui est défini dans sa formation. C'est une des raisons qui a motivé l'obtention de l'exclusivité d'exercice dans le cadre des TIIH de patients intubés/ventilés ou sédatisés que l'IADE va réaliser sous la responsabilité d'un urgentiste.

Le terme « sous le contrôle exclusif du médecin anesthésiste » doit s'entendre dans le cadre d'une procédure d'anesthésie.

Et l'intervention du médecin anesthésiste ?

La rédaction de l'ancien texte « pouvant intervenir à tout moment » posait parfois des problèmes d'interprétation. Si la nouvelle rédaction reprend l'ancien terme « puisse intervenir à tout moment », il est bien précisé que dans le cadre d'un fonctionnement normal, le MAR doit être présent sur le site où sont réalisés les actes d'anesthésie. Ce changement supprime toute ambiguïté concernant la localisation du MAR.