Syndicat National des Infirmiers-Anesthésistes

157, Rue Legendre – 75017 Paris

Contre-Argumentaire : Information Silber

Très souvent on entend, citée en référence, une étude américaine qui mettrait en avant que les infirmiers anesthésistes sont plus dangereux que les médecins anesthésistes.

Un taux de morbidité et mortalité 2,5 supérieur est même cité. Cette étude parue dans la revue *Anesthésiology* en 2000, l'étude Silber s'est avérée incorrecte et a été depuis largement contredite quant à ses conclusions. Beaucoup de biais ont été signalés et plus aucune juridiction aux USA ne l'accepte dans tout argumentaire visant à comparer les infirmiers anesthésistes et les anesthésiologistes. Il est dommage qu'en France certains fassent encore appel à celle-ci pour justifier un strict contrôle des activités des IADE.

Les infirmiers anesthésistes seraient-ils dangereux ?

A entendre certaines argumentations doctement avancées on pourrait le croire mais encore faudrait il mettre en avant des études fiables.

L'étude Silber qui conclurait à une pseudo surmortalité périanesthésique due aux infirmiers anesthésistes. Aucune étude n'a prouvé une telle assertion que l'on entend régulièrement assénée par les médecins anesthésistes.

Cet argument fallacieux date d'une publication parue dans « Anesthesiology » en 2000, faisant référence à une « interprétation » tendencieuse de l'étude de Silber.

Le titre et les conclusions qui étaient mis en avant n'avaient rien à voir avec le propos initial de cette étude. Réalisée à partir de données administratives de facturations relevées par le Health Care Financing Administration (HCFA), cette étude visait à évaluer la qualité de prise en charge médicale post-opératoire dans les 30 jours suivant une chirurgie et la relation avec la mortalité existante. Elle ne compare en aucun cas, ni la qualité de l'anesthésie, ni ne compare les services des infirmiers anesthésistes versus celui des anesthésiologistes. D'ailleurs la publication sous ce titre avait été refusée par le *Journal of American Medical Association* et le *New England Journal of Medicine*, et l'American Society of Anesthesiologists (ASA) a du le faire publier dans son propre journal en 2000.

Cet article avait été publié dans le cadre de la polémique levée par les anesthésiologistes suite à la décision les organismes de financement du Medicare de ne plus payer à un anesthésiologiste non présent un ratio de supervision pour un acte entièrement effectué par un Infirmier Anesthésiste (CRNA). L'ASA avait aussitôt réagit en clamant que l'anesthésie ne serait plus médicalement supervisée, alors qu'il ne s'agissait que d'un problème de remboursement d'acte réellement effectué. L'HCFA, propriétaire des données, réfute d'ailleurs l'utilisation de cette étude dans tout argumentaire dans cette polémique car inappropriée à la question soulevée.

Silber Study

Etude de Silber, JH. Kennedy, SK, Even-Shoshan, O, Chen, W. Koziot, LF, Showan, AM, Longnecker, DE. « Anesthesiologist Direction and Patient Outcomes », *Anesthesiology*. 2000 ;93 :152-63. Appelée également « Etude de Pennsylvanie »

Contenu de l'étude :

L 'étude porte sur 217 440 dossiers de facturation répartis dans 245 hôpitaux de la seule Pennsylvanie, pour des actes de chirurgie générale ou orthopédique entre 1991-1994.

Le Dr. Longnecker, un des anesthésiologistes qui a mené l'étude a déclaré en 1998 :

« l'étude… n'explore pas le rôle des infirmiers anesthésistes dans la pratique de l'anesthésie, ni ne compare les anesthésiologistes versus les infirmiers anesthésistes. »

Problème des données :

Un des biais principaux de cette étude est qu'elle porte sur la mortalité, les complications et les échecs de réanimation jusqu'au 30 ème jour d'admission. Les infirmiers anesthésistes ne sont pas responsables des soins post-opératoires et les accidents sont difficilement imputables à l'anesthésie au delà des 48 heures post-opératoires.

Le Dr. Michael Pine, expert reconnu des analyses de données cliniques pour évaluer la qualité des soins a réexaminé les données et après corrections liées aux facteurs de risques a relevé :

-Les patients pour lesquels les infirmiers anesthésistes avaient été supervisés par des médecins non-anesthésistes étaient 15% plus fragiles que ceux pour lesquels les infirmiers anesthésistes étaient supervisés par des anesthésiologistes.

-7665 patients (3,5%) sont morts dans les 30 jours post chirurgicaux

Bien que l'étude ait trouvé 258 morts de plus pour les cas où un anesthésiologiste n'était pas impliqué, les ajustements à appliquer pour les différents types de patients et institutions réduisent ce nombre à 58 morts, soit 78% de moins.

Les 58 morts en excès peuvent être dus à différents facteurs comme

-Etude non appropriée

-Facturation incomplète ou non utilisable (plus de 23 010 des cas comptabilisés comme non médicalement supervisés, n'avaient aucune facturation d'anesthésie, ce qui ne donne donc aucune indication sur l'anesthésiste impliqué(médecin , infirmier ?)

-Les facturations ne peuvent pas mettre en évidence les différences de risques initiaux selon les patients

-Impossibilité de comparer la qualité des plateaux techniques des différents hôpitaux

-Problème des soins médicaux non liés à l'anesthésie. (la prise en charge médicale post-opératoire n'est plus du ressort du CRNA)

On arrive donc à la conclusion qu'il n'y a pas de différence significative entre les cas supervisés par les médecins non anesthésistes et ceux supervisés par des anesthésiologistes. Les échecs de réanimation post-chirurgicale ne reflètent pas la qualité de prise en charge

anesthésique mais les interventions médicales de suivi post-opératoire tout au long du séjour.

Pour des raisons non explicitées les patients qui ont été repris ont été systématiquement comptabilisés dans les cas non supervisés par des anesthésiologistes dès lors qu'une des procédures ne l'avait pas été.

Les patients sans facturation anesthésique ont été systématiquement attribués aux non anesthésiologistes (une question soulevée est la négligence de facturation pour une mauvaise issue ?)

Conclusion :

L'étude n'a rien à voir avec la qualité des soins fournis par les infirmiers anesthésistes. L'étude examine la,prise en charge médicale post-opératoire et non la prise en charge anesthésique

Cette référence à Silber n'est donc plus à prendre en compte et aucune instance de régulation aux USA ne la considère désormais dans tout débat opposant la qualité des services fournis par les CRNA ou les Anesthésiologistes. Elle n'a donc pas sa place non plus à l'extérieur des USA

Autres Etudes existantes devant être prises en considération

Pine Study :

Pine, M. Holt, KD, LOU, YB « Surgical Mortality and Type of Anesthesia Provider » *AANA Journal 2003* ; 71 :109-116

404 194 cas de Medicare entre 1995-1997 sur 22 Etats. Seuls les cas avec une documentation complète ont été comptabilisés et les ajustements en fonction des risques, des caractéristiques des hôpitaux et leur localisation. Les interventions étaient des endartériectomies des carotides, cholécystectomies, mastectomies, hystérectomies, laminectomies, prostatectomies et prothèses de genoux.

Les taux de mortalité sont similaires pour les CRNA que pour les anesthésiologistes travaillant individuellement

Il n'y a aucune différence statistique dans les taux de mortalité pour des CRNA et anesthésiologistes travaillant en équipe par rapport aux pratiques des uns et des autres en individuel.

Il n 'y a aucune différence statistique de taux de mortalité entre les hôpitaux sans anesthésiologistes versus ceux où les anesthésiologistes administrent ou supervisent directement des anesthésies.

Berchtoldt Study

Berchtoldt, Jr.AA. « Committe on anesthesia Study. Anesthetic related Deaths : 1969-1976. » *North carolina Medical Journal*. 1981 ; 42 :253-259

Le Anesthesia Study Committee (ASC) de la Société Médicale de Caroline du Nord a étudié environ 900 décès periopératoire de cet état durant les 8 ans concernés 1969 à 1976.

90 décès ont pu être imputés à l'anesthésie. Durant cette période plus de 2 millions d'anesthésies ont été administrées dans cet état.

Conclusion aucune différence entre les CRNA seuls, Anesthésiologistes seuls et en équipe.

Forrest Study :

Forrest, WH. « Outcome- the effect of the Provider » in : Hirsh, R. Forrest, WH, et al.,eds. Health care delivery in Anesthesia. Philadelphie : George F. Sticley Company. Chapter 15. 1980 : 137-142

Cette étude a porté sur la morbidité sévère et la mortalité de 16 établissements randomisés. Elle concerne 8593 patients sur 10 mois entre mai 1973 et Février 1974.

9 hôpitaux avaient des anesthésiologistes comme anesthésistes principaux

7 Hôpitaux avaient des CRNA comme anesthésistes principaux.

Il n 'y a aucune différence entre les plateaux techniques et le type de patients.

La conclusion de l'étude est qu'il n' y a aucune différence dans la morbidité et mortalité entre les 2 groupes d'hôpitaux .

Minnesota department of Health Study

En 1994 l'état a mandaté cet organisme pour étudier la qualité des services d'anesthésie fournis par les CRNA et les anesthésiologistes. Le département a conclu qu'il n'y avait aucune différence.

National Academy of Sciences Study

Cette étude mandatée par le Congrès et réalisée par l'Académie Nationale des Sciences a rapporté en 1977 au Congrès :

« Il n ' y a aucune association de complications de l'anesthésie avec la qualification de l'anesthésiste ni le type d'anesthésie »

Primes d'Assurance Professionnelle des Infirmiers anesthésistes :

Un comparatif entre les primes d'assurances payées en 1988 et 2004 par les infirmiers anesthésistes , montre une diminution de 39 % de ces primes ce qui prouvent l'amélioration constante de la qualité des services fournis par les infirmiers anesthésistes et la diminution de fait des cas de mauvaise pratique rapportés.

Les infirmiers anesthésistes ne sont pas dangereux et la répartition des rôles des uns et des autres ne doit pas se faire sur cette fausse suspicion.

Regardons les faits.

L'infirmier anesthésiste n'est pas plus idiot qu'un médecin, ni plus fanfaron, ni moins habile et responsable. Il connaît ses limites. Il est plus important de voir ce qui est du ressort strict du médecin.

P. Rod, Membre associé SNIA, Directeur exécutif de l'IFNA