

L'approche infirmière de l'Anesthésie

Pascal Rod

Président de l'IFNA

Si le rôle infirmier, suffisamment conceptualisé, commence à être bien compris, sa déclinaison pour les spécialités infirmières est plus difficile à saisir. La spécialité d'infirmier anesthésiste est particulièrement mal appréhendée et l'infirmier anesthésiste est ballotté et renvoyé dans un rôle de "technicien" par les uns, en oubliant la culture infirmière centrée sur la globalité de la personne et un rôle "médical" par les autres. Cette situation crée un malaise chez les professionnels qui dans leur demande de reconnaissance recherchent une identité propre. La spécialité d'infirmier anesthésiste s'inscrit avant tout, dans la professionnalité infirmière et ne peut supporter d'être assimilée ni aux actes d'un technicien ayant oublié tout sens de la personne soignée, ni suspectée d'usurpation de rôle médical.

Une technicité et des compétences au service de la prise en charge globale de la personne:

Une des premières erreurs est de ne considérer l'anesthésie que d'un point de vue médical, de ne retenir que les temps diagnostiques et thérapeutiques et d'assimiler de fait tout geste technique à un acte médical. Le rôle médical se compose de deux phases essentielles: face à un état pathologique, poser un diagnostic, puis développer une démarche thérapeutique. La Société Française d'Anesthésie Réanimation (SFAR) société "savante" médicale définit d'ailleurs l'anesthésie comme une suite d'actes diagnostiques et thérapeutiques: c'est forcément vrai dans la dimension médicale de l'approche de l'anesthésie.

Doit-on cependant résumer la prise en charge d'une personne devant être anesthésiée à ce strict aspect? Doit-on ne considérer que l'état pathologique au cours d'actes d'anesthésie ? En tant qu'infirmier la réponse est non. L'infirmier ne considère pas un état pathologique mais prend soin d'une personne dans sa globalité, porteuse d'une ou plusieurs pathologies, de handicaps momentanés ou définitifs. Ce rôle infirmier est accepté et reconnu dans toute discipline où il est possible pour la personne soignée d'exprimer ses besoins fondamentaux nécessaires à sa dignité de vie et ce, quelles que soient les circonstances. (La situation est légèrement différente pour les services de réanimation ayant à gérer des patients plus ou moins conscients, porteurs de pathologies extrêmes où l'application de soins thérapeutiques est primordiale tout en considérant la nécessité de maintenir la dignité de la personne dans un état et un confort physique satisfaisant).

Ce rôle infirmier fondamental doit également être maintenu pour toute personne anesthésiée. La situation doit cependant être envisagée dans une autre dimension.

Il faut avant tout considérer le terme "anesthésie" dans son sens le plus large. L'anesthésie n'est pas seulement un acte, mais surtout un état physiologique, dans lequel est plongée volontairement une personne, lui permettant de supporter un acte chirurgical ou de diagnostic

interventionnel. Cette personne peut être saine et bien portante, sans problème majeur hormis ce qui nécessite l'intervention, mais peut également être lourdement handicapée, malade ou dans un état critique. Quel que soit le cas, cette personne sous anesthésie est artificiellement et délibérément mise dans un état physiologique différent. Ce nouvel état doit cependant être maintenu dans un certain équilibre de manière à avoir un minimum d'effet nocif. En d'autres termes, la personne anesthésiée devient complètement dépendante, tant physiologiquement que psychologiquement des soignants qui l'entourent, à savoir les anesthésistes, médecins et infirmiers.

Non seulement la possibilité d'exprimer ses besoins par la personne anesthésiée est limitée, voire impossible par les moyens habituels d'expression (paroles, gémissements, grimaces, gestes, pleurs...) mais le ressenti même de ces besoins est diminué par l'effet des médicaments et drogues utilisés. Les réactions physiologiques sont également modifiées, annihilées pour certaines, soit par effet direct recherché, soit par effet secondaire des produits utilisés. La personne anesthésiée ne peut plus exprimer ses sensations de froid, de chaud, d'anxiété, de douleur, de faim, de soif, d'inconfort, de difficultés respiratoires etc. Même sous anesthésie loco-régionale, la personne anesthésiée perd une grande partie de ces possibilités d'expression.

Il est cependant clair que même si l'expression de ces besoins est diminuée, ceux-ci n'en demeurent pas moins à rechercher, à détecter et à interpréter. Il y a donc un rôle infirmier à maintenir, mais adapté à cette situation particulière d'anesthésie. L'observation clinique prend toute sa dimension: état et couleur de la peau et des téguments, sueurs, chaleur, froid, frissons etc. Cette observation permet déjà d'évaluer des réponses du patient à ce nouvel état physiologique dans lequel il est induit. Le monitoring est aussi primordial et permet d'apporter des éléments supplémentaires et plus fins reflétant l'état du patient. Mais ces données brutes nécessitent une capacité d'interprétation pour servir d'élément d'évaluation. Par exemple: Une simple tachycardie constatée sur le cardioscope est-elle due à de l'anxiété, de la douleur, une absence de narcose, à un saignement, à une chute de tension, à de la fièvre, au geste chirurgical, à l'effet des médicaments utilisés, à l'effet secondaire de ces mêmes produits, à la fin de l'effet de ces produits, à une mauvaise ventilation etc.?

L'interprétation correcte de ces données est primordiale et seule une formation adaptée permet à l'infirmier anesthésiste d'exercer cette capacité d'interprétation et ainsi de remplir complètement son rôle "infirmier". Le programme de formation des infirmiers anesthésistes prépare à cette capacité par l'acquisition de connaissances approfondies en physiologie, pathophysiologie et anatomie qui permettront de pousser plus avant une évaluation clinique indispensable à l'interprétation des signes. Mais des connaissances approfondies en pharmacologie sont aussi indispensables afin de connaître les effets (directs et indirects) des produits et drogues utilisées en anesthésie, ainsi que leur durée d'action et d'élimination. Il en est de même pour tous les produits de réanimation que l'infirmier anesthésiste peut être amené à utiliser, ainsi que des médicaments que peuvent prendre les patients qui pourraient interférer avec les produits utilisés pour l'anesthésie.

Ce nouvel état physiologique qu'est l'anesthésie, doit être entretenu en veillant au maintien d'un certain équilibre tout en évitant les effets nocifs. Il s'agit d'entretenir l'état d'anesthésie par des

réinjections successives tout en répondant aux nécessités physiologiques. L'infirmier anesthésiste doit donc adapter les doses aux circonstances et au patient. Aucune anesthésie ne peut être protocolisée dans le sens strict du terme, car il y a nécessité d'une adaptation permanente de la procédure.

L'infirmier anesthésiste sait, parce qu'il en a reçu la formation, adapter les doses aux besoins, tant physiologiques, que ceux nécessités par les temps opératoires, afin de procurer et maintenir l'état d'analgésie et d'anesthésie attendus.

Le terme de réanimation per-opératoire généralement utilisé est cependant excessif et devrait être considéré dans ses deux dimensions que permet la langue anglaise: "stabilization" et "resuscitation".

L'aspect "stabilization", le maintien de l'équilibre, est 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 " resuscitation", 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 le décret de compétences infirmier dans son article 7.

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.

Une filière de formation infirmière:

Cette application du rôle propre infirmier dans le cadre de l'anesthésie, ne peut donc se comprendre que par la nécessaire formation supplémentaire que doit acquérir l'infirmier anesthésiste. Il est clair que les savoirs acquis lors de la formation de base en soins infirmiers s'avèrent insuffisants pour prétendre à la pratique d'un rôle propre infirmier dans le cadre de l'anesthésie. Ce n'est pas tant les notions de savoir infirmier qui font défaut, mais surtout la nécessité d'un acquis supplémentaire dans les connaissances "scientifiques", dites "médicales". L'infirmier anesthésiste peut interpréter les données cliniques et issues du monitoring, parce qu'il a reçu une formation approfondie en anatomie, physiologie, et pathophysiologie, mais surtout des savoirs supplémentaires en pharmacologie et techniques et procédures anesthésiques. Il est également préparé à la pratique des gestes techniques qui seront nécessaires à la prise en charge de la personne anesthésiée durant toute la procédure. Mais il est cependant important de préciser que ces connaissances nouvelles ne sont utilisables que par l'imprégnation de la culture infirmière, acquise lors de la formation de base en soins

infirmiers , et surtout lors de l'expérience professionnelle auprès des patients exigée avant de commencer la formation en anesthésie. C'est pour cette raison, que la pratique de l'infirmier anesthésiste ne peut exister que dans le cadre de l'exercice d'une spécialité infirmière et non d'une quelconque formation "paramédicale" de technicien comme certains ont pu le préconiser.

L'exercice professionnel et les responsabilités inhérentes ne peuvent se comprendre que par la maîtrise de compétences acquises et la qualification en découlant. Il ne faut cependant pas assimiler systématiquement certains gestes techniques à des actes. L'infirmier anesthésiste sait pratiquer certains gestes techniques et utiliser des connaissances scientifiques qui lui sont nécessaires pour remplir son rôle infirmier. Cela ne l'enferme pas dans une dimension de "technicien" et encore moins dans un exercice " médical".

Un champ d'exercice professionnel à développer:

Le nombre insuffisant d'infirmiers anesthésistes, et leur "confinement" au bloc opératoire, les prive d'une dimension importante de leur rôle qui serait cependant nécessaire: le suivi péri-anesthésique de la personne.

Sans parler de la consultation préanesthésique, fondamentalement médicale, il serait souhaitable qu'il y ait une visite préanesthésique infirmière, afin d'établir un contact préalable et surtout de faire une évaluation infirmière de la personne à prendre en charge. Le diagnostic médical est indispensable, mais une évaluation infirmière permettrait d'appréhender la personne dans ses aspects autres que pathologiques strictes. Ce contact infirmier jouerait un rôle anxyolitique indéniable en répondant aux interrogations et à l'angoisse inéluctables déclenchées par la phase préanesthésique. Très souvent les patients par peur d'importuner le médecin , chirurgien ou anesthésiste, n'osent pas exprimer certaines appréhensions ou incompréhensions en rapport avec ce qu'ils vont "subir". Il y a nécessité d'informer le patient sur son intervention, qui souvent a été mal comprise, de lui expliquer les différentes phases préopératoires, de lui décrire ce qui va se passer dans le bloc opératoire, ce qu'il va vivre pendant l'induction anesthésique, et aussi parler des suites post-anesthésiques, la salle de réveil, la prise en charge de la douleur et les différents dispositifs dont il sera éventuellement porteurs (drainages, sonde gastrique etc.). Une autre phase importante, à laquelle l'infirmier anesthésiste se devrait de participer est la période post-opératoire immédiate. Il serait en effet important de pouvoir évaluer avec le patient, par une visite, le vécu de toute la période pré, per et post anesthésique. Comment a-t-on répondu à sa douleur, son angoisse, ses gênes physiques, son inconfort, en bref, tous ses besoins fondamentaux. C'est encore spécifiquement du rôle propre infirmier. Il est à souhaiter que les infirmiers anesthésistes puissent dans un avenir proche répondre à ces besoins en dehors du bloc opératoire.

Ils sont par ailleurs appelés, par leurs compétences particulières à jouer un rôle de personne ressource dans toutes les situations d'urgence réanimatoire, tant au sein de l'hôpital qu'à l'extérieur dans le cadre des services mobiles d'urgences.

Conclusion :

L'infirmier anesthésiste est certes, un professionnel possédant des connaissances et des

Approche IADE

Ecris par SNIA

Mardi, 10 Mars 2009 16:31 -

compétences techniques particulières, apte à pratiquer certains actes spécifiques, mais ceci pour pouvoir remplir complètement un rôle propre infirmier. L'infirmier anesthésiste est compétent en anesthésie, mais est infirmier avant tout. Il existe une place réelle pour une pratique infirmière en anesthésie, sans que cela soit réduit au seul aspect technique ou dépendant d'une stricte approche médicale.

Cet article est paru dans "la revue de l'infirmière"

Editions Elsevier ,en septembre 2000