

L'IADE peut-il induire seul en salle?

Depuis la parution de l'arrêté du 23 juillet 2012 relatif à la formation d'IADE, celui-ci peut-il réaliser une induction seul en salle ?

Afin d'y répondre, je vous propose l'étude de l'évolution des textes ci-dessous.

- Le décret d'acte infirmier du 29 juillet 2004 et son évolution depuis 1988
- L'Arrêté de formation IADE de juillet 2012
- Arrêté du 23 septembre 2014 relatif à la création d'une annexe «Supplément au diplôme» pour les formations paramédicales... d'infirmier anesthésiste

Puis je vous indiquerai les positionnements suivants :

- Position de l'ancien Président de la SFAR, le Professeur Laurent Jouffroy
- Position du Président de la SFAR Le Professeur Claude Ecoffey
- Analyse des recommandations de la SFAR
- Analyse du décret n° 94-1050 du 5 décembre 1994 concernant les conditions nécessaires à la réalisation d'anesthésie.

L' évolution du décret d'exercice depuis 1988

Article 5bis du décret 88-903 du 30 août 1988

« sont habilités, en présence d'un médecin responsable, pouvant intervenir à tout moment, à participer à l'application des techniques suivantes : »

L'article 7 du décret de 1993

« sont seuls habilités, à condition qu'un médecin puisse intervenir à tout moment, à participer à l'application des techniques suivantes après que le médecin a examiné le patient »

Décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004

« L'infirmier anesthésiste diplômé d'Etat 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 : »

Il accomplit les soins et peut, à l'initiative exclusive du médecin anesthésiste-réanimateur, réaliser les gestes qui concourent à l'application du protocole

L'analyse de l'évolution des textes depuis 1988 nous amène à quelques commentaires.

On est passé de :

- « En présence » à « sous la responsabilité d'un médecin anesthésiste pouvant intervenir »
- De participer à appliquer une technique d'anesthésie

Ce changement sémantique a toute son importance juridique eu égard qu'il existe une formulation identique pour les actes infirmiers qui nécessitent la présence physique ou non du médecin lors de la réalisation de geste technique.

Si nous reprenons l'ensemble de ses nouveautés, nous pouvons constater sans ambiguïté que le ministère a voulu renforcer la responsabilité exclusive du médecin anesthésiste réanimateur vis-à-vis de l'anesthésie et ce, conformément au décret de 1994, en l'inscrivant en toute lettre dans le décret infirmier.

L'IADE n'est plus le spectateur privilégié de l'anesthésie mais en devient l'effecteur. Il répond aux directives établies par les seuls médecins anesthésistes réanimateurs en réalisant les gestes nécessaires à l'application du protocole d'anesthésie.

La sinistralité quasi inexistante lorsque ces conditions sont respectées, tend à prouver que l'Infirmiers anesthésiste n'est pas frappé d'incapacité manuelle à réaliser les gestes techniques.

Les nouveaux référentiels de 2012

Arrêté Publication le 23 juillet 2012 de formation et de ses annexes (référentiel d'activité, de compétence et de formation)

La rédaction au niveau du référentiel d'activité indiquait « Réalisation de l'induction de l'anesthésie et pose de dispositifs de contrôle des voies aériennes **avec** le médecin anesthésiste-réanimateur » alors que dans le référentiel de compétence, il est indiqué (partie 3) : « Réaliser l'induction anesthésique et les gestes techniques concourant au type d'anesthésie déterminée »

Les termes utilisés nous apparurent contradictoires et niant les pratiques quotidiennes des professionnels. Elle pouvait être interprétée par des experts comme l'impossibilité pour un IADE d'induire seul une anesthésie.

Lorsque le texte a été présenté au Haut conseil des professions para-médicales, le SNIA a déposé un amendement qui a été accepté par la représentante du ministère.

Amendement déposé

Le SNIA note que dans l'annexe 1 « Référentiel d'activité » du projet d'Arrêté relatif à la formation conduisant au diplôme d'Etat d'infirmier anesthésiste (en page 5) il est écrit : " Réalisation de l'induction de l'anesthésie et pose de dispositifs de contrôle des voies aériennes avec le médecin anesthésiste-réanimateur (MAR)".

Ceci ne correspond pas à la réalité de terrain, d'une part et d'autre part, la version finale de ce document n'a jamais été soumise à la validation du groupe de travail dont il est issu. De plus, cette notion ne correspond pas aux recommandations des sociétés savantes reconnues par l'HAS.

Et pour conclure, il est en contradiction avec l'article R4311-12 du Code de Santé Publique qui lui indique : « L'infirmier ou l'infirmière, anesthésiste diplômé d'Etat, 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 »

Pour ces différentes raisons, le SNIA demande que ce texte soit supprimé et remplacé par : « Réalisation de l'induction de l'anesthésie et pose de dispositifs de contrôle des voies aériennes avec ou sous la responsabilité du MAR pouvant intervenir à tout moment »

Ceci pour être en parfaite adéquation avec la réalité du terrain, les différentes recommandations, le Code de Santé Publique.

La publication en juillet 2012 de l'arrêté de formation et de ses annexes fut pour le SNIA une grande surprise entraînant notre désapprobation, notre proposition initialement acceptée n'avait finalement pas été retenue, celle-ci ayant été rejetée lors d'une session du HCPP en pleine période estivale.

La réponse du ministère

Nous avons contacté la DSGOS pour connaître la raison de ce revirement. Après plusieurs échanges, la DGOS nous a répondu par la voie de Madame Michèle LENOIR-SALFATI, DGOS, Sous-Direction des Ressources Humaines du Système de Santé Adjointe au Sous-Directeur, par mail.

« Pour faire suite à notre entretien téléphonique de ce matin, je vous apporte quelques précisions :

1. Pourquoi nous avons refusé votre amendement

La partie du référentiel d'activités sur laquelle vous aviez souhaité un amendement est la suivante « réalisation de l'induction de l'anesthésie et pose de dispositifs de contrôle des voies aériennes avec le MAR » (**vous noterez qu'il n'est pas écrit en présence du MAR**)

Vous souhaitiez substituer à cette rédaction la rédaction suivante « réalisation de l'induction de l'anesthésie et pose de dispositifs de contrôle des voies aériennes à condition qu'un MAR puisse intervenir à tout moment»

L'article R4311-12 ne dit pas cela (c'est en ce sens que l'amendement n'est pas « conforme » à la réglementation):

-Il dispose en effet que l'IADE est « seul habilité, à condition qu'un MAR puisse intervenir à tout moment, et après qu'un MAR a examiné le patient et examiné le protocole, à appliquer les techniques suivantes...». Cet alinéa dispose en réalité de l'exclusivité d'exercice de l'IADE

-Il poursuit en revanche, après avoir énuméré les techniques, sur les conditions de cet exercice exclusif : « il accomplit les soins et peut, à l'initiative exclusive du MAR, réaliser les gestes techniques qui concourent à l'application du protocole. »

Concrètement cela signifie que l'IADE fait équipe avec le MAR qui décide du protocole à mettre en œuvre et décide ensuite de la façon dont l'IADE sera associé à la réalisation de ces gestes techniques. C'est ce que nous avons souhaité restituer en écrivant « avec le MAR ».

Il est par ailleurs important que le MAR trace dans le dossier du patient le protocole retenu et le rôle de chaque acteur dans le cadre de ce protocole

2. Concrètement sur l'acte d'induction

Pas question pour nous de poser la nécessaire présence physique du MAR pendant la phase d'induction (qui n'est en effet pas dans la réglementation).

Notre rédaction signifie qu'évidemment les IADE sont formés à la technique d'induction anesthésique et que dans la pratique, il appartient au MAR de déterminer comment il veut procéder dans cette phase avec l'IADE: délégation de l'acte en s'assurant qu'il peut intervenir à tout moment (il faut comme vous le rappelez qu'il soit à proximité et non à un autre étage...) ou réalisation de la phase d'induction avec lui (induction à 4 mains qui est en effet posée comme recommandation par la SFAR). Il en assume la responsabilité et je rappelle encore une fois que cela doit être tracé dans le dossier du patient.

En espérant vous avoir apporté les éclaircissements que vous attendiez. Je reste à votre disposition pour toute information complémentaire que vous estimerez nécessaire »

L'arrêté du 23 septembre 2014 relatif à la création d'une annexe « Supplément au diplôme » pour les formations paramédicales d'infirmier anesthésiste indique :

Domaine de compétence 3

- 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;

La position de la SFAR

Dans sa rédaction des recommandations concernant le rôle de l'IADE de janvier 1995, la SFAR n'est pas en contradiction avec les textes puisqu'il indique

2.1.1. Activités de soins

« L'IADE **peut, en présence** du médecin anesthésiste-réanimateur, procéder à l'induction d'une anesthésie générale suivant la prescription du médecin ou le protocole établi....».

Au Congrès de l'AFISAR en 2011 la table ronde d'avis d'experts réunissant les docteurs Laurent Bazin (En charge de l'activité IADE à la SFAR), Laurent Jouffroy (Président de la SFAR) et Nicole Smolski (Présidente du SNPHAR)

A la question posée par un participant : « Puis je induire seul un patient si le MAR est disponible à tout moment ? »

Les réponses sont sans équivoque : « Oui, si les conditions d'organisation sont optimales et permettent à un MAR d'intervenir à tout moment. » Lien vidéo : <https://www.youtube.com/watch?v=fFECYOlaDk&feature=youtu.be>

Intégralité des échanges de la table ronde d'experts : <http://www.dailymotion.com/video/xmqghe-table-ronde-avis-d-experts-congres-afisar-2011-news>

Au Congrès du MAPAR 2009 l'intervention du professeur Claude Ecoffey, Service d'Anesthésie-Réanimation Chirurgicale 2, Hôpital Pontchaillou, Université Rennes 1, 35033 Rennes Cedex 9.

1. « Lecture et interprétation des décrets »

La comparaison du texte du 11 février 2002 avec celui de 1993 fait une évolution de texte non négligeable : en effet, l'infirmier(e) anesthésiste diplômé d'Etat n'est plus seulement habilité « à participer à l'application des techniques » mais est aujourd'hui habilité « à appliquer les techniques suivantes... » Si cette modification de texte ne change rien en ce qui concerne l'anesthésie locorégionale où seules les réinjections dans le cas où un dispositif a été mis en place par un anesthésiste-réanimateur sont toujours permises ; dans le cadre d'une anesthésie générale, tout en restant conforme à la lettre du texte, un infirmier anesthésiste pourrait procéder seul à une induction anesthésique.

L'infirmier anesthésiste accomplit les soins et peut, à l'initiative exclusive du médecin anesthésiste réanimateur, réaliser les gestes techniques qui concourent à l'application du protocole ». Il faut noter dans cette phrase que si l'on ne parlait plus dans le premier alinéa de l'article 10 de « participer à l'application des techniques » mais d'« appliquer les techniques », on reparle ici de « réaliser les gestes techniques qui concourent à l'application du protocole ».

Cette disposition a surtout pour conséquence et effet de souligner, et donc de renforcer, la responsabilité de l'anesthésiste-réanimateur lorsqu'il délègue une partie des gestes techniques à un l'infirmier(e) anesthésiste :

- Seul l'anesthésiste réanimateur reste juge de l'étendue de la délégation qu'il confie à l'infirmier(e) anesthésiste et surtout des conditions de sécurité qui permettent de la mettre en œuvre effectivement, à savoir notamment celle relative à sa capacité « d'intervenir à tout moment »...

2. Rôle de l'infirmier(e) anesthésiste

La période opératoire nécessite la collaboration de personnels hautement qualifiés, indispensables à la prise en charge des patients dans un contexte sécuritaire et hautement technique. Depuis 1988, seuls les infirmier(e)s anesthésistes sont habilités à participer à cette activité et à réaliser des gestes et des tâches spécifiques, grâce à leur formation et leurs compétences propres [1].

2.2. Rôle propre de l'infirmier(e) anesthésiste

La réaction de chaque individu à l'anesthésie, à l'acte chirurgical ou diagnostique, en fonction de sa gravité et/ou de sa durée n'est pas totalement prédictible.

Il convient en conséquence d'adapter en permanence la procédure prédéfinie (paramètres ventilatoires, remplissage, gestion de l'analgésie et de la narcose...) et d'analyser en temps réel toutes les données fournies par un monitoring toujours plus sophistiqué. L'anesthésie ne peut donc être « protocolisée » au sens strict du terme.

Il apparaît clairement que la formation spécifique de l'infirmier(e) anesthésiste en fait un collaborateur de l'anesthésiste-réanimateur pour la mise en route de la procédure et de l'adaptation de celle-ci en fonction des besoins physiologiques du patient sous la responsabilité de l'anesthésiste-réanimateur, à qui il doit en référer.

Le décret no 94-1050 du 5 décembre 1994 relatif aux conditions techniques de fonctionnement des établissements de santé en ce qui concerne la pratique de l'anesthésie et modifiant le code de la santé publique (troisième partie: Décrets)

Article D. 712-43

L'anesthésie est réalisée sur la base d'un protocole établi et mis en œuvre sous la responsabilité d'un médecin anesthésiste-réanimateur, en tenant compte des résultats de la consultation et de la visite pré-anesthésique mentionnées à l'article D. 712-41.

- Les moyens prévus au 2° de l'article D. 712-40 doivent permettre de faire bénéficier le patient:
- D'une surveillance clinique continue;
- D'un matériel d'anesthésie et de suppléance adapté au protocole anesthésique retenu.

La rédaction de ce décret n'indique pas que seul le médecin anesthésiste peut mettre en œuvre l'anesthésie. Il peut être assisté par des médecins en formation ou des IADE sous sa responsabilité.

Les recommandations du conseil de l'ordre des médecins sur le rôle de l'IADE

Un certain nombre de responsabilités demeure du ressort exclusif du médecin anesthésiste réanimateur dans ses rapports avec l'infirmier anesthésiste, telles que :

- *La prescription de l'anesthésie incluant le choix du type d'anesthésie (générale, locorégionale), des agents anesthésiques et des modalités de surveillance.*

Conclusions

L'anesthésie est un acte médical placée sous la responsabilité du seul médecin anesthésiste.

Même s'il est reconnu une autonomie de l'IADE dans l'application du protocole d'anesthésie, il n'existe pas d'un transfert de responsabilité médicale vers l'IADE mais une demande médicale d'application d'un protocole, amenant l'IADE à réaliser un ensemble de geste technique. L'IADE est conscient, que l'anesthésie est un acte médical placé sous l'entière responsabilité du médecin anesthésiste-réanimateur.

Il sait également qu'il ne peut agir que sur prescription médicale (hors urgences extrêmes) d'un médecin anesthésiste-réanimateur.

En dehors de l'urgence extrême et vitale pour laquelle l'infirmier(e) anesthésiste est tenu de mettre en œuvre les gestes d'urgence et de survie relevant de sa compétence, l'infirmier anesthésiste ne peut remplacer l'anesthésiste-réanimateur dans son rôle médical.

En pratique, l'infirmier anesthésiste est fréquemment amené à appliquer des stratégies et des techniques prescrites comme l'intubation, à assurer l'entretien de l'anesthésie et la surveillance du patient. L'infirmier(e) anesthésiste est bien le collaborateur de l'anesthésiste-réanimateur, jamais en concurrence mais en parfaite complémentarité. Il concourt largement à la qualité des actes et soins spécifiques à l'anesthésie et à la sécurité des patients.

L'autonomie de l'IADE a été de nouveau réaffirmée dans le dernier communiqué de la SFAR. Il reconnaisse que nous sommes en pratique avancée, qu'aucune autre profession paramédicale n'a actuellement ce degré d'autonomie et de responsabilité dans la prise en charge des patients.

L'ensemble des textes permet un fonctionnement de bon sens, dont les clefs restent entre les mains médicales. L'IADE peut procéder seul à l'induction en salle mais seulement si les règles de l'art sont respectées :

- Accord du MAR responsable du patient,
- Consultation et visite anesthésique réalisées,
- Après avoir vérifié que le MAR est disponible.

Bruno Huet, Infirmier anesthésiste, vice-président du SNIA
DIU de droit de l'expertise médicale, Expert judiciaire
Mai 2016