

**Ecole d'Infirmier Anesthésiste
CHU de Toulouse**

**QUEL AVENIR POUR LA COLLABORATION MAR-
IADE ?**

Enquête réalisée auprès des MAR de Midi-Pyrénées

Travail d'intérêt professionnel
réalisé en vue de l'obtention du diplôme d'infirmier anesthésiste
Promotion 2002-2004

Sous la direction de
TOUYERE Dominique
Cadre IADE formatrice

DARDE Maxime

REMERCIEMENTS

Mr ESTRIER Jean Marc

Directeur de l'école d'Infirmier Anesthésiste du CHU de Toulouse
Pour ses conseils et le partage de son expérience

Mme TOUYERE Dominique

Cadre Infirmière Anesthésiste Formatrice
Ma directrice de mémoire
Pour ses conseils, son aide et sa disponibilité

Melle CAMBON Marie Aude

Assistante de gestion des écoles paramédicales du CHU de Toulouse
Pour son aide dans l'utilisation d'Excel®, qui m'a été précieuse pour l'analyse de mon questionnaire

Le secrétariat du service de coordination d'anesthésie du CHU de Toulouse

Pour leur aide à la réalisation de mon enquête

INTRODUCTION

« L'infirmier anesthésiste est le collaborateur privilégié du médecin anesthésiste ». Cette phrase nous a été répétée maintes fois au cours de notre formation.

Aujourd'hui, effectivement, l'infirmier anesthésiste diplômé d'état (IADE) forme, avec le médecin anesthésiste réanimateur (MAR), un tandem bien rodé qui offre au patient les conditions optimales de réalisation d'une anesthésie.

Cependant, au cours de ma spécialisation en anesthésie, je me suis rendu compte d'un fait qui m'a surpris. Le travail que j'effectue au sein d'un bloc varie énormément selon le médecin avec lequel je travaille. Certes, il y a une collaboration. Mais ce terme est souvent interprété de façon différente selon les praticiens. De la gestion seule d'une intervention, au simple rôle de préparation et de rangement d'une salle, j'ai croisé toutes les situations.

Dans le même temps, entre discussions avec les médecins ou d'autres infirmiers anesthésistes, ou bien par la lecture de revues professionnelles, un vent de menace sur l'anesthésie semble se lever. Les mots 'pénurie', 'trou démographique', 'vieillesse', 'dévalorisation', 'impasse' saupoudrent les articles traitant de l'avenir de l'anesthésie.

Je me suis donc posé la question de la réalité de ces craintes en l'avenir de l'anesthésie. Pourquoi une discipline si présente dans le monde médical serait-elle menacée ?

Et si effectivement des difficultés s'annoncent, elles auront certainement des répercussions sur notre fameuse collaboration, ce 'binôme MAR-IADE', qui est déjà l'objet d'interprétations variables.

C'est cette interrogation qui a motivé le sujet de mon Travail d'Intérêt Professionnel.

J'ai dans un premier temps essayé de situer le rôle de l'IADE auprès du médecin, de définir précisément ce qu'est le travail en binôme, et de comparer la théorie avec la réalité du terrain.

Dans une seconde partie, j'ai voulu essayer d'identifier ces menaces qui planent au-dessus de notre profession. Sont-elles fondées, sont-elles importantes, et si c'est le cas, peut-on dire pour quand est-ce ? Enfin, une fois ces difficultés identifiées, quelles en seront les retombées sur notre profession, et quelles solutions pouvons-nous envisager ?

I-LE ROLE DE L'IADE

1-1 Petite histoire des IADE

« Ignorer le passé, c'est aussi raccourcir l'avenir » JULIEN GREEN

Effectivement, avant de savoir où l'on veut aller, il est primordial de savoir d'où l'on vient. Il est donc important de commencer par un bref rappel de l'histoire de notre profession.

La première intervention sous anesthésie générale date de 1846. Elle a été réalisée à l'éther, en ventilation spontanée par le Dr Morton, pour l'excision d'une tumeur, à l'hôpital du Massachusetts (États-Unis). Pour la petite histoire, dans le cas où sa respiration devenait inefficace, le patient mourrait d'asphyxie car les notions de ventilation artificielle n'étaient pas connues.

Les premiers enseignements officiels de l'anesthésie en France remontent en 1947, à Paris. Cet enseignement était alors commun aux médecins et aux paramédicaux. Mais des 1949, un enseignement particulier sera délivré aux paramédicaux, sanctionné par une attestation de fin d'études.

11 ans plus tard, en 1960, un certificat d'aptitude aux fonctions d'aide anesthésiste sanctionne une formation de 18 mois. Cette formation sera reconnue comme spécialité en 1962.

A partir de 1972, la formation passe à 24 mois, et un minimum d'expérience de 3 ans est demandé avant de suivre les cours.

1988 verra la création du certificat d'aptitude aux fonctions d'infirmière spécialisée en anesthésie réanimation. (CAFISAR) et la création du corps des ISAR. Cette profession sera revalorisée, à la faveur d'un vaste mouvement de revendication, en 1989.

En 1991, le diplôme d'infirmier anesthésiste est créé, et, avec lui, le corps des IADE.

Nous voyons donc que notre discipline est jeune, et que notre corps l'est encore plus. Nous avons à peine une cinquantaine d'années d'existence. Nous sommes donc en pleine recherche d'identité. Notre formation, donc notre statut, ont été profondément remaniés pratiquement chaque décennie depuis notre création. Peu de professions peuvent se targuer d'une telle évolution.

1-2 Un peu de théorie

1-2-1 La Loi

La profession d'infirmier anesthésiste est strictement encadrée par la loi. Le rôle de l'IADE est exposé dans le décret du 11/02/2002, relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier¹.

Il est précisé dans l'article 10 de ce décret que *« L'infirmier anesthésiste diplômé d'état est seul habilité, à condition qu'un médecin anesthésiste réanimateur puisse intervenir à tout moment (...) à appliquer les techniques suivantes : Anesthésie générale, anesthésie locorégionale et réinjection dans le cas où un dispositif à été mis en place par un médecin anesthésiste réanimateur (...). Il accomplit les soins et peut, à l'initiative exclusive du médecin anesthésiste réanimateur, réaliser les gestes techniques qui concourent à l'application du protocole (...) »*

Sans plus de précisions sur la liste des actes qui constituent le rôle de l'IADE, comme cela est le cas pour les IDE, dont la liste des actes s'étend sur 4 articles du même décret, la réglementation professionnelle laisse un champ d'actions techniques très large, mais en même temps ne reconnaît aucun rôle propre spécifique à l'IADE (en dehors de celui de tout infirmier).

De plus, le décret n'impose pas la présence du médecin anesthésiste réanimateur pour réaliser ces gestes, stipulant uniquement que ce dernier doit être en mesure d'intervenir à tout moment, ce qui est une notion susceptible d'interprétations et, pour le moins, génératrice d'ambiguïtés.

Le texte, enfin, situe le MAR comme seul médecin responsable du travail de l'IADE, comme le préconise le Conseil National de l'Ordre des Médecins². Ce n'était pas le cas dans le précédent décret du 15 mars 1993³.

¹ Décret n° 2002-194 du 11-02-2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier

² « Recommandations concernant les relations entre anesthésistes-réanimateurs et chirurgiens, autres spécialistes ou professionnels de santé » - Conseil national de l'ordre des médecins – décembre 2001

³ Décret no 93-345 du 15 mars 1993 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier

1-2-2 La position des organisations professionnelles

1-2-2-1 La Société Française d'Anesthésie et de Réanimation (SFAR)

En réaction à la publication de ce décret, la SFAR a fait paraître, en 2002 une note d'information⁴, puis un commentaire⁵, précisant sa position vis-à-vis de ce dernier décret de compétences infirmières..

Au travers de ces deux publications, la SFAR s'est opposée très clairement à la réalisation des ALR par les IADE, quelques que soient les conditions. Dans le même temps, la SFAR a rappelé que la surveillance de l'anesthésie, ainsi que les réinjections dans le cadre d'un protocole, peuvent relever du rôle de l'IADE si un médecin anesthésiste peut intervenir à tout moment ; En revanche la présence d'un médecin anesthésiste lors de l'intubation par un IADE est nécessaire.

En dehors de ces documents parus en réaction à ce texte, la SFAR avait publié en février 2001 un texte développant « Les rôles respectifs des médecins anesthésistes-réanimateurs et des infirmier(e)s anesthésistes diplômé(e)s d'Etat dans la conduite de l'anesthésie »⁶. Dans ce texte, l'IADE est positionné comme l'assistant du MAR et plus spécifiquement en responsable de la qualité de l'environnement anesthésique (gestion du matériel, des postes d'anesthésie, du remplissage des salles, des vigilances, de l'hygiène, de la traçabilité...).

1-2-2-1 Le Syndicat National des Infirmiers Anesthésistes (SNIA)

Principal syndicat professionnel des IADE, le SNIA, a également rédigé des recommandations concernant l'exercice de la profession d'infirmier anesthésiste, en mai 2002⁷. Il s'agit ici encore, d'après le SNIA, de « clarifier et donner un sens aux textes réglementaires ».

⁴ Information sur le décret relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier – SFAR – Février 2002

⁵ Commentaires sur le décret ministériel du 11/02/02 relatif aux actes professionnels et à la profession d'infirmier - SFAR - Décembre 2002

⁶ Les rôles respectifs des médecins anesthésistes-réanimateurs et des infirmier(e) anesthésistes diplômé(e)s d'Etat dans la conduite de l'anesthésie - SFAR - Février 2001

⁷ Recommandations pour l'exercice de la profession d'infirmier anesthésiste –SNIA - Mai 2002

Plusieurs points sont en concordance avec les recommandations de la SFAR, reconnaissant aux IADE l'exclusivité de compétence dans la gestion de l'anesthésie, sa fonction de gestion et de maintenance de la qualité de l'environnement anesthésique. Les recommandations du SNIA apportent aussi des précisions sur d'autres aspects de la profession, telles que l'encadrement, la lutte contre la douleur ou encore son rôle en salle de soins post interventionnelle (SSPI).

Cependant, à l'inverse de la SFAR, le SNIA, dans ses recommandations, reconnaît à l'IADE la compétence de « déceler les complications et agir en conséquence », alors que les recommandations de la SFAR préconisent la présence du médecin anesthésiste pour toute « modification de la conduite de l'anesthésie et / ou de la réanimation opératoire » (Hors cas d'urgence).

De même, le SNIA reprenant en cela les dispositions de la loi, revendique le droit de l'IADE à la réalisation d'anesthésies locorégionales (hors pose de dispositifs), toujours sous la responsabilité du MAR, et à condition que celui-ci en ait validé la pratique et établi un protocole.

Sur ce point, la SFAR a vivement réagi, par la publication d'un document du 28 février 2003 intitulé « A propos des recommandations du SNIA sur l'exercice de la profession d'IADE »⁸, expliquant que les ALR doivent demeurer de la compétence exclusive du MAR.

Tout ceci met en évidence des divergences de point de vue entre les représentants des MAR et des IADE, ce qui peut placer l'IADE en position délicate sur le terrain. La loi reste très générale, et donc susceptible d'être appréciée diversement, même si dans tous les cas ces analyses sont faites dans l'intérêt du patient et pour préserver la qualité des soins.

Pour être plus complet, il est important de rappeler que, nonobstant les dispositions de la loi, l'apprentissage de la réalisation du geste technique de l'ALR ne fait pas partie des objectifs de formation dans les écoles d'IADE. L'apprentissage de ces techniques ne peut donc se réaliser que sur le terrain, avec la participation des médecins anesthésistes.

Il convient dès lors d'examiner les conséquences des différences d'appréciations dans l'exercice de notre pratique professionnelle.

⁸ A propos des "Recommandations du SNIA sur l'exercice de la profession d'IADE" SFAR – 28/02/2003

1-3 En pratique...

Pour tenter de savoir si la réalité du terrain est en conformité avec la loi et avec les recommandations (en dépit de leurs divergences), il paraît intéressant de prendre connaissance des résultats d'une récente enquête⁹ du SNIA, qui explore, entre autres thèmes, les pratiques déclarées des IADE.

Cette enquête a été effectuée en 2001, au niveau national, sur l'ensemble de la population IADE, des secteurs privé et public. Elle met en évidence plusieurs points qui méritent réflexion.

D'après cette enquête, les IADE ne disposent d'un protocole écrit que dans 18% des cas. Si, comme nous l'avons vu, certains points de loi peuvent prêter à discussion, le cadre réglementaire de l'IADE est en revanche tout à fait clair sur ce point : L'IADE doit travailler sur protocole (qui doit être, comme tout protocole, écrit, daté, signé et régulièrement re-évalué). Ce n'est apparemment que très rarement la cas.

Concernant la présence du MAR lors de l'induction, elle est, toujours selon cette enquête, « *presque constante dans le secteur public (...) Dans le secteur privé, le médecin est plutôt 'parfois' présent (...)* ». Les auteurs précisent que par rapport aux enquêtes précédentes, les médecins anesthésistes sont de plus en plus présents au moment de l'induction, ce qui ne peut être que satisfaisant, tant en terme de sécurité que de qualité d'anesthésie. Ils soulignent toutefois une différence sensible entre le public et le privé.

Cette tendance à la différence entre le secteur public et le secteur privé se retrouve pour les temps d'entretien et de réveil, ou l'on constate également que, dans le secteur libéral, le médecin anesthésiste est globalement moins présent.

Concernant les ALR, 44% des IADE déclarent pratiquer des ALR, à des fréquences différentes. Comme nous l'avons vu, cet acte est prévu par la loi (excepté la pose de dispositifs), mais il se heurte à l'opposition très fermement exprimée de la SFAR.

Or, il est évident que si les IADE pratiquent des ALR, c'est avec l'accord des médecins qui sont responsables de leur travail, et qui, par la même, ne suivent pas l'ensemble des recommandations de la SFAR.

Cette enquête met donc en avant un paradoxe manifeste. En effet, certains principes de fonctionnement qui, non seulement sont obligatoires, mais de plus

⁹ « Mieux connaître les IADE » Enquête du SNIA - 2001

qui font l'unanimité entre les différents représentants IADE et MAR, comme le travail sur protocole, ne sont que rarement respectés. Il est possible que cette constatation puisse s'expliquer par le fait qu'il est difficile, voire dangereux, de prévoir le protocole exact dont aura besoin, par exemple, un patient pour être endormi dans le cadre d'une anesthésie générale. L'induction est un temps délicat, qui nécessite une évaluation et un réajustement constant en fonction des réactions du patient.

Or, toute modification d'un protocole par l'IADE pour l'adapter aux besoins du patient s'apparente à une prescription médicale. On sort donc du cadre légal, ce qui peut sembler étonnant, dans la mesure où la spécificité de l'IADE par rapport à l'infirmier non spécialisé, est justement de savoir, entre autre, évaluer et réagir correctement dans ces situations.

A l'inverse, la pratique des ALR par des IADE, qui, bien que légale mais très fermement condamnée par la SFAR, est fréquente. Beaucoup de MAR estiment donc que les IADE sont capables de réaliser ces actes, et acceptent de prendre la responsabilité de leur confier ces gestes techniques, après en avoir assuré l'apprentissage puisque, comme nous l'avons déjà dit, la réalisation des ALR ne fait pas partie du programme de formation des IADE.

1 - 4 Le constat

Pour conclure sur ce chapitre, nous pouvons dire que si une partie du rôle de l'IADE est règlementairement bien définie et semble recueillir l'approbation à la fois des médecins et des infirmiers, une autre reste encore l'objet de vives polémiques.

Cet état de fait se traduit sur le terrain par des pratiques professionnelles très disparates. L'IADE peut être cantonné à l'ouverture de salle d'intervention et à des fonctions de maintenance et de gestion du matériel, comme gérer seul une salle et un programme opératoire.

Ces deux situations, quoique extrêmes, ne sont pas exceptionnelles. Bien qu'aucune étude ne permette d'estimer la réalité statistique de ces situations, il semble vraisemblable de penser que les 44% d'IADE réalisant seuls des ALR, gèrent aussi seuls (ou pratiquement seuls), des programmes anesthésiques complets.

Ceci nous conduit à nous interroger sur la notion de travail en binôme.

II LE BINOME MAR-IADE

Dans son rapport de 1993¹⁰, le Haut Comité de la Santé Publique pour la Sécurité Anesthésique a souligné « *quelle sécurité représente pour le patient la présence à ses cotés de deux professionnels aux moments délicats d'une anesthésie* ».

Cette notion de travail en binôme est un élément essentiel pour que le déroulement des actes anesthésiques soit conforme aux exigences de qualités et de sécurité.

En effet, la SFAR a rappelé en février 2001 (annexe 6) que le binôme offrait « *la meilleure garantie des soins prodigués au patient, et de la sécurité de ces derniers* ». Cette idée avait déjà été avancée dans les recommandations de la SFAR de 1995 sur le rôle de l'IADE¹¹.

Cependant, lors de la conférence de presse de la SFAR du 18/09/2003¹², organisée lors de son 45^e congrès, à l'occasion d'un bilan élogieux sur les progrès remarquables de la sécurité anesthésique depuis 1980 (doublement du nombre d'actes anesthésiques, et division par 10 de la mortalité liée à l'anesthésie dans le même temps), le travail en binôme n'est pas évoqué dans le discours du représentant de la SFAR. Le partenariat IADE/MAR ne semble donc pas être considéré comme un facteur déterminant dans l'amélioration de la sécurité anesthésique.

Pourtant, il apparaît évident l'acte anesthésique 'à quatre mains' permet de mieux appréhender les situations à risque (estomac plein, intubation difficile) et de gérer plus sereinement les incidents ou accidents d'anesthésie.

Dans cette optique, et tenant compte du fait qu'il n'est pas réaliste, à l'heure de la maîtrise des coûts en santé, d'avoir deux spécialistes de l'anesthésie par salle, le fonctionnement selon la modalité N+1 tend à se développer au sein d'un bloc opératoire.

Le concept de N+1 est un principe de qui prévoit la présence d'un spécialiste en anesthésie dans chaque salle d'intervention, (MAR, IADE ou interne en anesthésie) auprès du patient, et un MAR supplémentaire qui peut se détacher pour prêter main forte lorsque la situation l'exige.

¹⁰ Rapport du haut comité de la santé publique sur la sécurité anesthésique - Novembre 1993

¹¹ Recommandations concernant le rôle de l'Infirmier Anesthésiste Diplômé d'État – SFAR - Janvier 1995

¹² Conférence de presse SFAR - 18 septembre 2003

Ainsi, à aucun moment le patient anesthésié n'est laissée sans la surveillance d'au moins une personne qualifiée, et lors des temps délicats, comme l'induction ou le réveil, l'opéré bénéficie de la présence de deux professionnels en anesthésie à ses cotés.

Cette organisation « N+1 » n'est possible que si les inductions dans les différentes salles d'intervention sont échelonnées dans le temps.

Le système N+1 est donc un garant d'une qualité et d'une sécurité anesthésique pour le patient (on parle d'ailleurs souvent de « nécessité de N+1 »).

Toutefois, plusieurs difficultés entravent à l'heure actuelle la mise en place ou le maintien du travail en binôme. De plus, des contraintes supplémentaires sont prévisibles dans les années à venir, qui risquent de fragiliser plus encore cette méthode de travail.

Ces difficultés font l'objet du prochain chapitre.

III - LES OBSTACLES PRESENTS ET A VENIR

3-1 Des obstacles immédiats, d'ordre règlementaire

Quelle qu'en soit la cause, le facteur essentiel garant de la qualité et de la sécurité des actes anesthésiques, notamment par le biais de l'organisation en N+1 que nous venons décrire, consiste en un nombre suffisant de personnel, qu'il soit médical ou paramédical.

Or, plusieurs éléments, tels que la réduction du temps de travail et le repos de sécurité post garde sont autant de 'temps médical' en moins au niveau des hôpitaux. En effet, de l'avis de tous les observateurs, les moyens financiers n'ont pas été suffisants pour compenser l'ensemble de ces mesures. Toutefois, il s'agit là de réelles avancées sociales, qui vont dans le sens de la sécurité et du bien être, et que nous ne remettons absolument pas en cause ici. Néanmoins, il est clair que cela pose des problèmes épineux dans l'organisation de l'activité anesthésique.

Dans un contexte économique global de rationalisation des coûts de la santé, avec en perspectives, dès l'année 2004, le passage à la tarification à l'activité¹³ (T2A),

¹³ <http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/hopital2007/>

dans le cadre du plan 'Hôpital 2007', on peut imaginer que de nombreuses structures risquent d'avoir des difficultés à conserver un mode de fonctionnement satisfaisant en anesthésie.

3-2 Des freins à court et moyen terme, d'ordre démographique

3-2-1 Population médicale en anesthésie réanimation

En marge des problèmes économiques, un autre facteur, tout aussi important, est à prendre en compte, relatif à l'évolution de la démographie médicale.

Plusieurs études ont montré que la tendance générale de la démographie médicale est à la baisse, et plus particulièrement dans la spécialité de l'anesthésie réanimation.

En effet, dès 1998, le rapport sur « l'adéquation entre les besoins hospitaliers et les effectifs en anesthésie réanimation (...) », dit rapport 'Nicolas'¹⁴, avait alerté l'opinion publique sur le risque d'un manque d'anesthésistes réanimateurs à l'horizon 2020. De même, différentes études et analyses récentes, comme l'enquête CFAR-SFAR-INED en 1999¹⁵, ou plus récemment les deux rapports Berland de novembre 2002¹⁶ et octobre 2003¹⁷, confirment une baisse du nombre des médecins anesthésistes réanimateurs de l'ordre de 30 à 35% d'ici 2020.

Cette chute considérable de nombre de MAR s'explique principalement par une forte inadéquation entre le nombre de praticiens formés chaque année et le nombre de départs à la retraite. Lors de la conférence de presse donnée le 18/09/03 (annexe 12), la SFAR a annoncé les chiffres de 200 MAR formés chaque année, et plus de 500 départs dans la même période.

Au cours de cette conférence de presse, la SFAR a également soulevé le problème de la très forte inégalité dans la répartition géographique des MAR. Certaines régions, notamment du nord de la France, sont en effet très nettement défavorisées par rapport au sud, considéré comme plus attractif.

¹⁴ « Adéquation entre les besoins hospitaliers et les effectifs en anesthésie réanimation » G. Nicolas M. Duret - Fév. 1998

¹⁵ Les médecins anesthésistes-réanimateurs en France – Enquête CFAR-SFAR-INED - 1999

¹⁶ «Démographie des professions de santé » - Pr. Y. BERLAND – Nov. 2002

¹⁷ "Coopération des professions de santé : le transfert de tâches et de compétences" Pr. Y. Berland – Oct. 2003

Cette inégalité géographique, couplée à l'effondrement de la population de MAR dans les 15 prochaines années pose un réel problème de santé publique, car, comme nous l'avons vu, plus que dans toute autre spécialité médicale, la coopération de l'infirmier et du médecin est le pilier principal de la qualité des soins.

3-2-2 Population des infirmiers anesthésistes

Dans un récent rapport sur l'évolution de la démographie des IADE en France¹⁸, le SNIA, confirme ses observations réalisées lors de son enquête de 2001, qui avait constaté un net déplacement de la courbe de l'âge des IADE vers le vieillissement. En effet, entre 1994 et 2001, la densité la plus élevée par tranche d'âge est passée de 36-40 ans à 46-50 ans.

Dans son analyse, le SNIA remarque que le nombre de diplômes d'IADE délivrés est passé de 557 en 1993, à 458 en 2000, néanmoins, le nombre de candidats au concours d'entrée a augmenté de plus de 60%, il n'y a donc pas de crise du recrutement.

Le taux de couverture des départs à la retraite apparaît donc, d'après cette étude, incertain.

Les explications avancées par le SNIA sont plutôt d'ordre financier (difficulté de financement des études, coût de la formation en augmentation constante), et surtout les difficultés qu'ont les écoles à trouver des lieux de stage. Une augmentation des quotas d'entrée dans les écoles d'IADE ne semble donc, d'après le SNIA, pas envisageable, dans la mesure où il est impossible d'incorporer des étudiants IADE au sein des écoles de formation si il n'y a pas de lieu de stage pour les recevoir.

De plus, les restructurations des services hospitaliers, permettant d'améliorer l'organisation du travail et donc de limiter la pénurie en personnel, ont l'effet pervers de limiter d'autant les lieux de stages. Or, ces lieux de stage sont pourtant déjà cruellement défaut, et sont néanmoins indispensables pour former des IADE.

¹⁸ « La démographie des infirmiers anesthésistes en France » - Bulletin n°164 du SNIA – 1^{er} trimestre 2004

IV - LES PISTES DE REFLEXION PROPOSEES PAR LES EXPERTS

Les phénomènes démographiques et économiques que nous venons de considérer étant connus depuis des années, plusieurs solutions ont déjà été envisagées pour palier la pénurie annoncée.

Nous évoquerons les deux axes de réflexion principaux, les plus fréquemment retrouvés dans les différents documents, rapports ou publications.

4-1 Le transfert d'activités

Celui-ci est décrit dans le rapport du Pr. Berland d'octobre 2003, qui propose un transfert d'activité des MAR vers d'autres spécialités médicales. Le but étant de permettre à d'autres médecins non spécialisés en anesthésie-réanimation de prendre la responsabilité d'actes relevant habituellement des médecins anesthésistes-réanimateurs.

L'exemple le plus souvent cité est celui des endoscopies digestives. Selon le rapport, les endoscopistes pourraient assumer la responsabilité des sédations au propofol pour la réalisation des endoscopies digestives. L'IADE travaillerait donc sous la responsabilité du médecin gastro-entérologue, et non plus du MAR.

Cette proposition avait déjà été évoquée par les représentants des endoscopistes lors de la 5^e journée de réflexion sur l'endoscopie¹⁹, par le Pr. Escourrou notamment, en janvier 2003.

Cette disposition nécessiterait entre autre une modification de l'article 10 du décret de 2002, concernant la spécialité du médecin référent de l'IADE. Cet article impose que le médecin soit anesthésiste-réanimateur. Ce point avait été une des principales avancées statutaires par rapport au précédent décret de compétence infirmière, du 15 mars 1993, qui, pour mémoire, parlait seulement de médecin pouvant intervenir à tout moment.

Un des problèmes qui semble soulevé ici aussi, est la responsabilité de l'acte anesthésique, et surtout des éventuelles complications qui en découlent. En effet, la sédation, comme tout acte anesthésique, expose le médecin ou l'infirmier qui la réalise à des situations d'urgence pouvant être rapidement compliquées (par exemple, une intubation difficile).

¹⁹ Compte rendu de la cinquième journée de réflexion sur l'endoscopie digestive en France
Dr Seddik – 25 Janvier 2003

Or, seul le médecin anesthésiste réanimateur, avec l'IADE, possède les compétences requises pour prendre en charge ce type de complication. Il se pose donc, ici, un réel problème de responsabilité entre le médecin anesthésiste réanimateur et le médecin gastro-entérologue.

Rappelons ici que l'article 70 du code de déontologie médicale dit que « le médecin ne doit pas entreprendre ou poursuivre des soins qui dépassent ses connaissances, son expérience et les moyens dont il dispose ».

4-2 Le transfert de compétences

Une autre voie de réflexion qui semble se faire jour est celle du développement de transferts de compétences du MAR vers l'IADE. Cette possibilité a été évoquée par le Pr. Samii et le Dr. Fourcade lors du REAGSO 2002²⁰.

Ces éventuels transferts de compétences pourraient être favorisés par les progrès considérables réalisés ces dernières années par la technologie biomédicale, qui permettent de détecter et de diagnostiquer les complications de plus en plus rapidement, la mise au point de procédures éprouvées et fiables, le développement d'agents anesthésiques de plus en plus maniables et de mieux en mieux tolérés... Tous ces éléments ont rendu l'anesthésie de plus en plus sécurisée.

« (...) c'est la médicalisation de l'anesthésie qui a permis la genèse des procédures d'intubation difficile, et l'utilisation des vasopresseurs qui ont augmenté la sécurité à l'induction, et non pas l'induction faite par un MAR » (Extrait de l'intervention du Pr. Samii et du Dr. Fourcade - REAGSO 2002).

Le rapport Berland, pour sa part, écarte rapidement cette possibilité dans le domaine de l'anesthésie, expliquant que ni les instances médicales, ni les représentants des IADE ne semblent prêts à aller dans ce sens.

Dans un cadre plus global, ce rapport expose les modalités de mise en œuvre de ces transferts de compétences. Il s'agirait de tirer parti des ressources humaines déjà existantes que sont les professions paramédicales qui seraient formées, aux fins de créer des métiers intermédiaires entre les Bac +4/5 des paramédicaux spécialisés et les Bac +12 des médecins. Cette proposition a été réaffirmée par le Pr. Berland dans l'APM du 17/10/03.

Cette formation pourrait concerner les professions paramédicales déjà en place, qui bénéficieraient alors d'un complément de formation. En l'absence de mesures,

²⁰ « Médecins Anesthésistes Réanimateurs et IADE : Qui est responsable de quoi ? » Pr. Samii – Dr Fourcade - REAGSO 2002

Le Pr. Berland met clairement en garde contre le risque de « mise en place d'une organisation parallèle, sans formation préalable » (APM 17/10/03).

4-3 Toute une philosophie

Ces deux propositions ne sont pas les seules que l'on puisse évoquer. L'augmentation du numerus clausus des études médicales représente la solution la plus réaliste selon la SFAR, qu'elle développe dans sa conférence de presse du 18/09/03, déjà évoquée.

Le Pr. Marty, récemment élu président de la SFAR, pose le problème comme une inadéquation entre la demande et l'offre. Il propose²¹ donc de modifier la répartition des postes de MAR au niveau national, dans le cadre d'une analyse minutieuse de la demande de soins et des inégalités de répartition géographique. La possibilité de transfert de compétence vers les IADE ou d'activité vers d'autres médecins ne semble donc pas faire partie de ses projets.

Néanmoins, ces deux orientations, qui sont comme déjà précisé, récurrentes dans les discours, doivent à mon sens être approfondies, parce que diamétralement opposées dans leur façon d'aborder le problème.

En effet, dans un cas, on se propose de palier le manque d'anesthésistes réanimateurs en autorisant des médecins non spécialisés dans cette discipline d'être responsables d'actes anesthésiques. Rappelons tout de même que les sédations imposent une consultation ainsi qu'une visite pré anesthésique, réalisée par un médecin spécialiste de l'anesthésie réanimation. Cela pose un problème évident de responsabilité en cas de complication lors de la sédation.

En outre, le fait qu'un IADE puisse travailler sous la responsabilité d'un médecin non spécialisé en anesthésie réanimation marquerait, comme nous l'avons déjà vu, un recul sur un plan statutaire.

L'autre voie qui consiste à étendre le champ de compétences des IADE, ayant déjà la maîtrise de l'anesthésie générale et de sa surveillance per-anesthésique paraît, au contraire, aller dans le sens de la qualité.

L'acte anesthésique resterait donc, dans cette éventualité, sous la responsabilité du médecin anesthésique. Cette solution va également dans le sens de la promotion de la qualité des soins délivrés au patient.

²¹ Pr. Jean MARTY - Interview pour la revue HORIZON – n° 150 – page 29

L'autre conséquence directe d'un transfert de compétences vers l'IADE, est la responsabilité juridique de l'infirmier vis-à-vis du patient pour la réalisation d'actes qui peuvent entraîner des dommages liés à des aléas thérapeutiques.

Même dans le cadre d'une exécution conforme aux règles de l'art, certains gestes techniques, jusque là, réservés aux médecins peuvent avoir des effets secondaires graves pour les patients. Les acteurs paramédicaux se retrouveraient alors face à la problématique d'un accroissement des responsabilités que tous ne sont peut être pas prêts à assumer.

V - ENQUETE

5-1 Objectifs

Le but de cette enquête est double.

Dans un premier temps, elle vise à faire l'état des lieux de l'organisation actuelle du travail des MAR et des IADE sur la région Midi-Pyrénées, et à voir si les disparités constatées dans l'enquête du SNIA se retrouvent dans notre région.

Dans une seconde partie, l'enquête a pour objectif d'explorer les opinions des MAR concernant leur avenir professionnel et leur vision personnelle de l'évolution du binôme MAR-IADE.

Il m'a paru en effet intéressant de cibler cette enquête sur les médecins et non pas sur les infirmiers. En effet, quoique directement concernés, les IADE ne sont pas décideurs des tâches qui leur sont confiées. Nous avons vu en effet que, n'ayant pas de rôle propre clairement défini, leur travail est étroitement lié aux choix des MAR avec qui ils travaillent. Il me semblait donc plus naturel d'orienter mon questionnaire vers ceux-ci.

5-2 Méthodologie de l'enquête

L'enquête a été réalisée sur l'ensemble de la population des médecins anesthésistes de la région Midi-Pyrénées, tous secteurs d'activités confondus.

La technique du questionnaire a été privilégiée par rapport aux entretiens, afin de pouvoir enquêter sur un plus grand nombre de médecins, ce qui est la condition sine qua non pour pouvoir faire un travail représentatif des pratiques quotidiennes en anesthésie.

La diffusion de mon questionnaire ainsi que de ma lettre de présentation s'est faite via les messageries électroniques (courriel) des médecins.

Cette méthode exclue un certain nombre de médecins qui ne disposent pas d'une boîte de courrier électronique, mais permet en contrepartie de contacter facilement un grand nombre de médecins anesthésistes réanimateurs sur la région.

L'enquête CFAR-SFAR-INED avance, en 1999, le chiffre de 448 MAR en Midi-pyrénées (473 selon le Conseil National de l'Ordre des Médecins, la même année). Nous avons pu obtenir, grâce au service de coordination d'anesthésie du CHU de Toulouse, les adresses électroniques de 486 MAR. Sans connaître le nombre réel de MAR actuellement en Midi-Pyrénées, on peut estimer, compte tenu des chiffres de la population de MAR en 1999, que très peu de médecins sur la région n'ont pas été contactés.

Outre les avantages en terme de quantité de MAR contactés, cette méthode permet de compléter et de retourner le questionnaire pour un investissement modique de l'enquêté (en temps comme en frais de port) ce qui permet de favoriser le taux de retour.

Dans cette même optique, le questionnaire est relativement bref (8 questions), et constitué de questions fermées, afin de pouvoir être rapidement rempli. La possibilité de développer les réponses est néanmoins offerte dans la plupart des questions.

5-3 Réalisation

L'enquête a débuté le 20 février, la date butoir pour retourner les questionnaire était fixée au 15 mars. Un questionnaire, retourné le 25 mars a été inclus dans notre enquête. En revanche, 8 questionnaires retournés le 23 avril par le service de coordination n'ont pu être pris en compte.

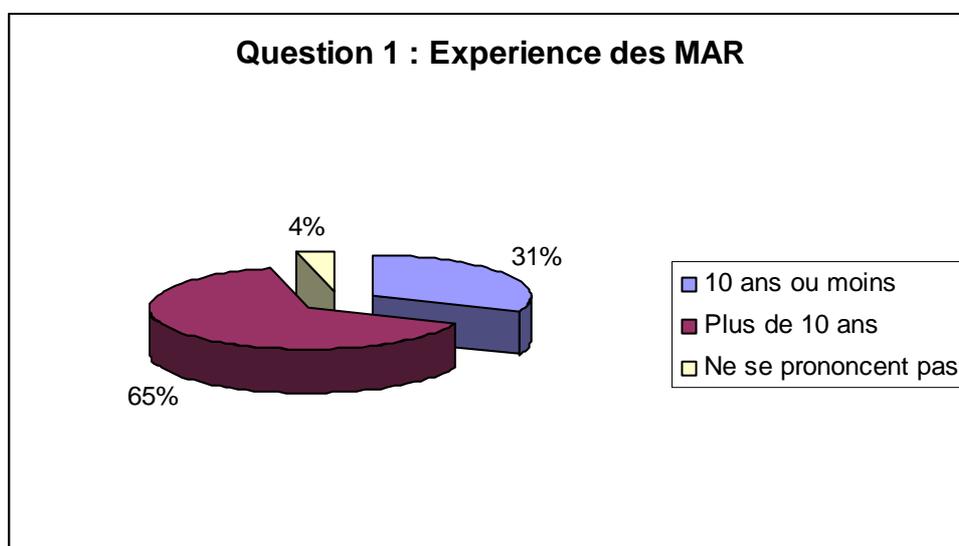
486 médecins anesthésistes réanimateurs ont été contactés par courriel. 48 questionnaires exploitables ont été retournés. Le taux de réponse est donc relativement faible, de l'ordre de 10%. Néanmoins, le nombre de 48 questionnaires analysables permet d'effectuer une étude intéressante.

5-4 Analyse des réponses

5-4-1 Question 1 : « Vous êtes MAR depuis quelle année ? »

Cette question permet d'introduire une première variable illustrative dans cette enquête : l'ancienneté dans la spécialité. Son objectif est de situer l'expérience, reflétée à travers cette variable, des MAR ayant répondu au questionnaire. Cette notion sera intéressante à introduire dans l'analyse des autres réponses.

Pour faciliter l'utilisation de cette donnée, les MAR ont été divisés en deux groupes selon leur ancienneté. Le premier groupe sera constitué de ceux qui sont médecins anesthésistes réanimateurs depuis 10 ans ou moins, le second groupe étant donc composé de ceux qui ont plus de 10 ans d'expérience.



Nous constatons que le résultat est relativement homogène. En effet, la tranche des plus de 10 ans d'expérience s'étendant, au niveau des réponses données, de 11 à 34 ans (c'est à dire sur un peu plus de 20 ans), est deux fois plus importante que la tranche des moins de 10 ans.

Le fait de retrouver deux fois plus de réponses sur une tranche d'âge deux fois plus importante témoigne donc de la bonne homogénéité des réponses.

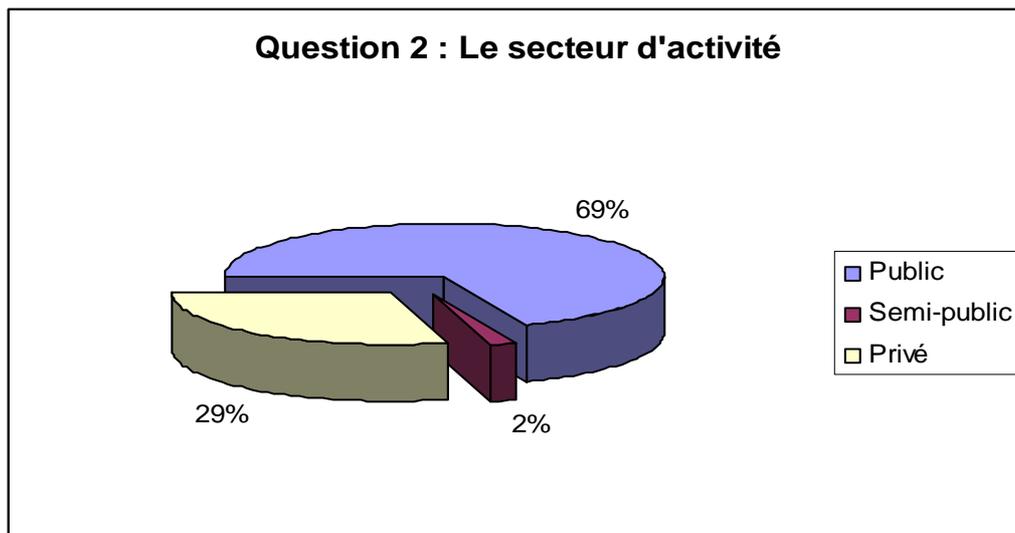
Néanmoins, sur la population étudiée, nous constatons que les deux tiers des MARS sont dans la tranche des plus de 10 ans d'ancienneté, ce qui confirme le résultat des enquêtes démographiques annonçant un vieillissement de la population des MAR, ce qui pose déjà le problème du renouvellement.

Deux questionnaires sont revenus sans réponse à cette question, ce qui explique les 4% de 'ne se prononcent pas'.

5-4-2 Question 2 : « Dans quel secteur d'activité travaillez vous ? »

Cette seconde question permet de recueillir la seconde variable illustrative de ce questionnaire. Elle permettra d'analyser les réponses en fonction du secteur d'activité des MAR interrogés.

Nous essayerons de voir, au travers de la confrontation du secteur d'activité avec les réponses aux autres questions, si les différences observées par le SNIA entre le secteur public et le secteur privé se retrouvent dans notre enquête.



D'après les informations fournies par le service de coordination d'anesthésie du CHU de Toulouse, sur les 485 médecins contactés par courriel, 130 font partie du CHU, et 355 y sont extérieurs.

Le but premier de cette question étant de différencier les secteurs publics, privés et semi publics, j'ai décidé de ne pas distinguer le CHU de Toulouse des autres établissements public de la région.

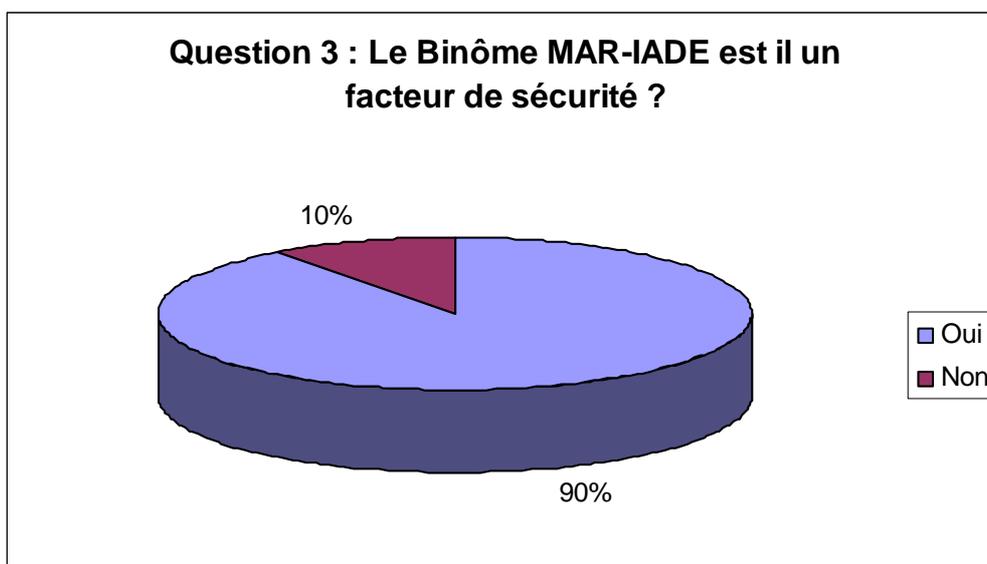
Un seul questionnaire provient d'un médecin exerçant dans le secteur semi-public. Cette réponse étant isolée, il ne sera pas possible de l'inclure dans l'analyse des autres questions en fonction des secteurs.

5-4-3 Question 3 : « Selon vous, le binôme MAR-IADE apporte t'il un gain pour la sécurité du patient ? »

L'objectif de cette question est de connaître l'opinion des MAR sur le travail en binôme avec un IADE, en matière de sécurité.

Cette question a été posée de manière volontairement vague. Il n'est pas spécifié ici de rôle particulier pour l'IADE (intubation, préparation de la salle, ALR...). Seule la notion de travail en binôme est évoquée.

Le but n'est donc d'éviter d'aborder ici tous les problèmes et conflits liés au rôle d'un IADE que nous avons vu en première partie, mais simplement d'essayer de se rendre compte de l'intérêt que portent les MAR à travailler avec un IADE.

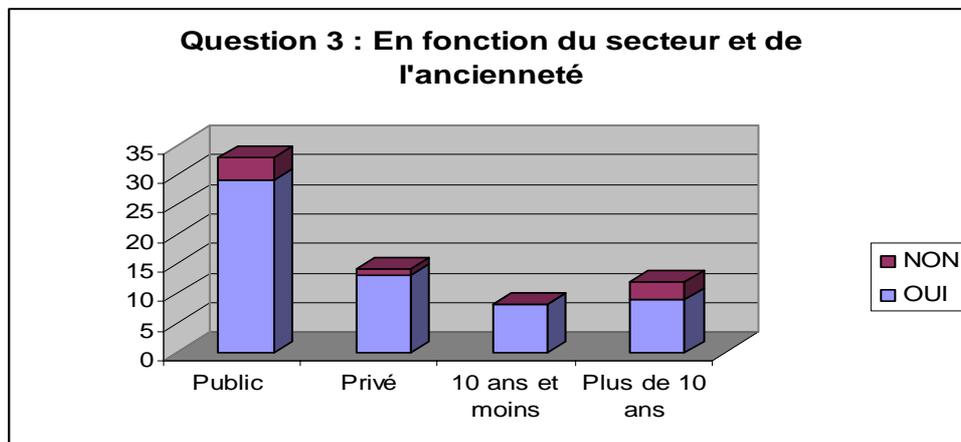


Une grande majorité des MAR considère donc la présence des IADE à leur côté comme un élément de qualité en anesthésie. Comme nous l'avons dit, cette question n'aborde pas les tâches que le médecin confie à l'IADE, mais les bénéfices que retirent les MAR du travail en binôme.

Nous constatons néanmoins que 10% des MAR ayant répondu ne considèrent pas la présence d'un IADE dans un bloc comme un élément de sécurité (donc de qualité).

Ce chiffre n'est pas négligeable, et est surprenant lorsqu'on sait que la totalité des articles, conférences et études, publiées par des organismes médicaux ou infirmiers, sont unanimes sur le fait que le travail en binôme est un élément de qualité essentiel en anesthésie. 10% des MAR rejettent donc les IADE et nient leur intérêt.

Sur les cinq réponses négatives à cette question, seules deux ont été argumentées par leur auteur. Dans les deux cas, l'IADE doit être cantonné à un rôle de « gestion du tableau opératoire », ou de « maintien de la qualité de l'environnement anesthésique ». Pour ces deux médecins, il semble donc que l'IADE doive en priorité assurer un rôle de gestionnaire.



Si on incorpore la notion d'expérience, apportée par la première question, aux 10% de médecins ayant répondu 'non', on constate que 80% de ces médecins ont une ancienneté supérieure à 10 ans. Cet élément de réponse est intéressant car il permet d'avancer le fait que les MAR plus récemment thésés travaillent plus facilement avec des IADE. Ceci peut être expliqué par une plus grande habitude de travailler au côté des IADE. Cela ne semble pas être le cas des anesthésistes plus anciens dans la profession, qui ont d'abord appris à travailler seuls, et qui ont vu ensuite arriver cette spécialité infirmière.

Egalement, si on tient compte du secteur d'activité pour analyser cette question, on voit que 80% des médecins ayant répondu 'non' font partie du secteur public.

Il aurait peut être été intéressant, de poser un complément de question en évoquant un travail en binôme MAR-MAR, par rapport au binôme MAR-IADE. Peut être certains réfractaire au binôme MAR-IADE auraient été plus enclins à accepter un médecin en cas de coup dur.

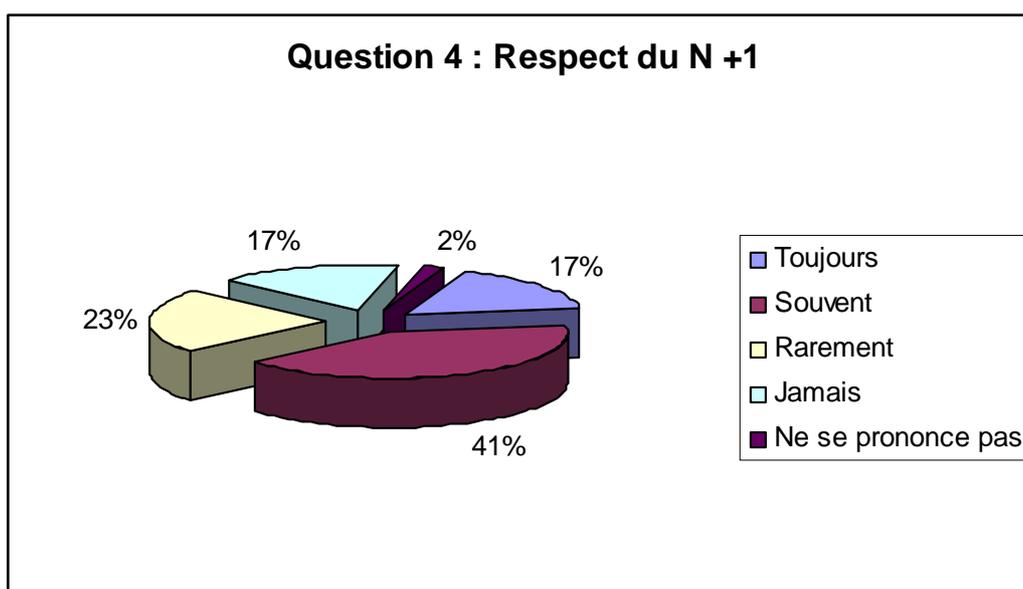
Il faut néanmoins relativiser ces derniers chiffres, dans la mesure où ils ne reposent que sur un faible nombre de questionnaires (5 réponses négatives).

5-4-4 Question 4 : « Le N+1 est-il systématiquement respecté ? »

Cette première question abordant l'état des lieux des pratiques anesthésiques est importante, car elle doit permettre de mesurer l'écart entre les pratiques préconisées et la réalité sur le terrain.

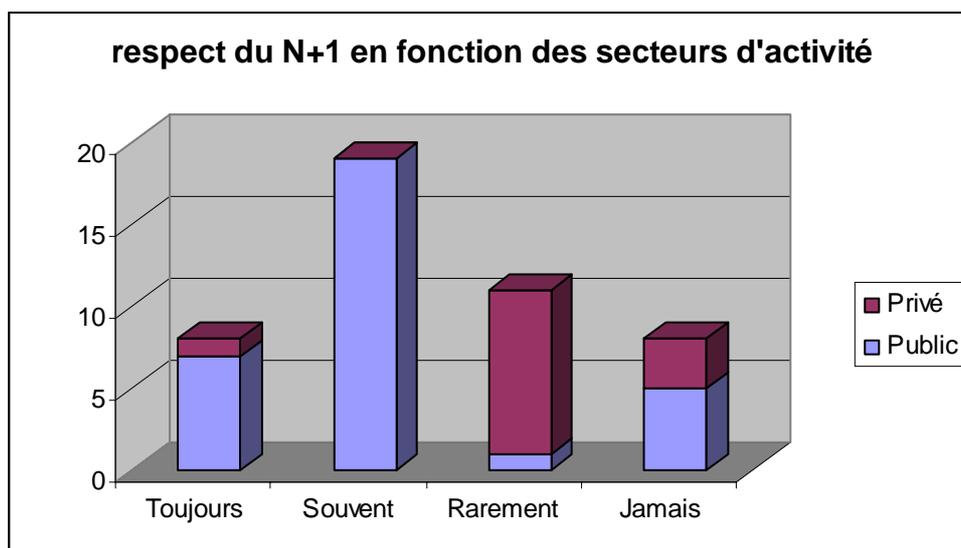
Le N+1 n'est pas une obligation réglementaire, mais fait figure d'indicateur de qualité dans l'organisation de la pratique de l'anesthésie au sein d'un bloc.

Pour mémoire, le N+1 consiste en la présence d'un spécialiste de l'anesthésie (MAR, IADE, interne en anesthésie) auprès de chaque patient durant la phase per-anesthésique, ainsi que de la présence d'un MAR supplémentaire. Ce dernier, joignable à tout moment, peut donc se détacher sur les différentes salles pour pouvoir être deux lors des temps critiques (induction, complication anesthésique, hémorragie....), et ce sans jamais laisser un patient seul en salle.



Il apparaît que 58% des médecins répondent qu'ils respectent le N+1 'Toujours' ou 'Souvent'. Dans la mesure où cette organisation n'est pas une obligation, nous pouvons dire que c'est un bon résultat. Notons tout de même que 17% des médecins ne fonctionnent jamais de cette façon.

Si la confrontation de ces résultats n'a que peu d'intérêt avec l'ancienneté des médecins, elle est particulièrement intéressante avec les secteurs d'activité.



Nous constatons ici de vastes disparités entre les différents secteurs. Il apparaît clairement que le secteur public est beaucoup plus impliqué dans le respect de ce type d'organisation que le secteur privé. Ce résultat, qui était implicitement annoncé par les chiffres de l'enquête du SNIA de 2001, peut probablement en grande partie s'expliquer par le surcoût qu'implique une telle organisation pour le secteur privé.

Notons toutefois, pour nuancer cette analyse, que certains médecins du secteur privé fonctionnent systématiquement selon le modèle N+1, ce qui montre que cela est possible dans ces structures.

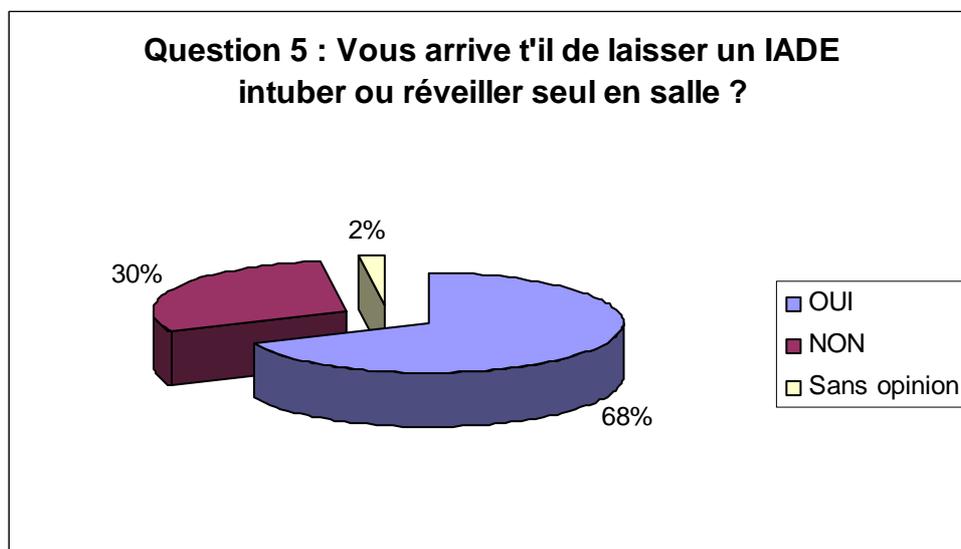
A l'inverse, plusieurs médecins travaillant dans le secteur public déclarent ne jamais travailler de cette façon. Il aurait été intéressant d'avoir plus d'informations sur le service et le type d'organisation choisis dans ces cas, mais, comme nous l'avons dit au début de l'analyse de cette question, ce n'est pas l'objectif poursuivi par cette enquête.

5-4-5 : Question 5 : « Vous arrive t'il de laisser vous un IADE induire ou réveiller seul en salle ? »

Cette seconde question traitant de l'état des lieux des pratiques aborde un sujet plus délicat que la question précédente. En effet, si le choix de l'organisation de travail selon la modalité N+1 n'est pas forcément du seul fait des MAR, les actes que ces derniers délèguent aux IADE sont en revanche de leur seul jugement et sous leur entière responsabilité.

Nous l'avons vu en première partie, certains actes anesthésiques en salle d'intervention font l'objet de vifs débats. Il nous a donc paru intéressant d'interroger les médecins à ce sujet.

Notre choix de proposer l'induction et le réveil comme acte délégués à l'IADE, par le MAR dans la question qui était posée a été motivé par le fait que ce sont ces deux actes qui sont le plus couramment pratiqués dans les blocs opératoire. Les ALR sont en effet plus ou moins fréquentes selon les spécialités chirurgicales, l'interprétation des résultats aurait donc nécessité dans ce cas une analyse croisée avec les disciplines chirurgicales, renseignement qui n'était pas demandé dans ce questionnaire.



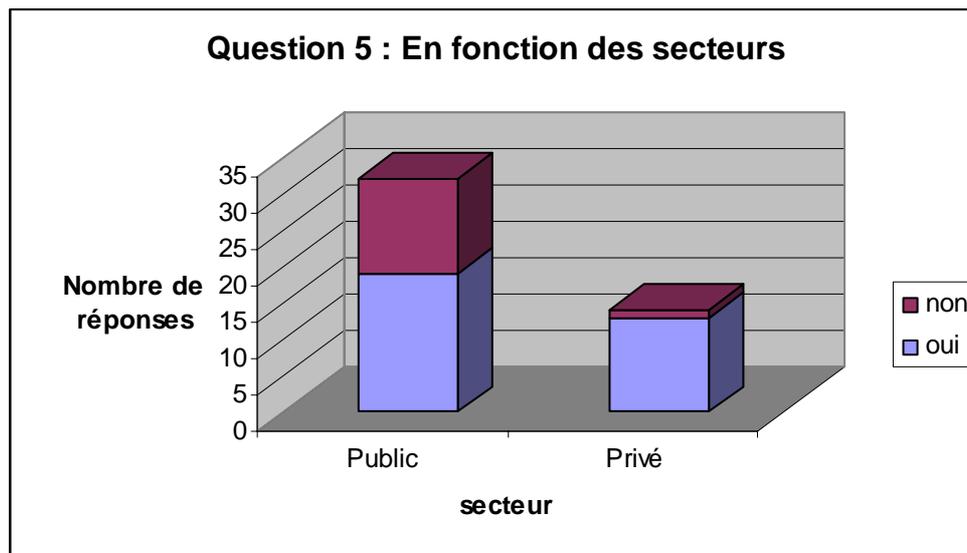
Etonnamment, une nette majorité de médecins disent confier une induction ou une intubation à l'IADE seul en salle une intubation et/ou un réveil. Ce résultat confirme donc la tendance à la délégation d'actes, annoncée par le SNIA. Il révèle avec force le contraste entre les recommandations des sociétés savantes et la réalité du terrain.

Il n'y a volontairement pas eu de distinction entre l'induction et le réveil dans cette question, car ces temps constituent les deux temps les plus à risque en période per-anesthésique.

Ces résultats semblent quelques peu en opposition avec les chiffres de la question précédente.. En effet, 58% des médecins disent respecter le principe de N+1, et en même temps, 68% d'entre eux déclarent laisser des IADE intuber ou réveiller seuls, alors que ce sont justement ces temps qui sont censés être effectués à deux grâce au N+1.

Cette contradiction peut s'expliquer, du moins en partie, par le fait que, dans l'intitulé de la question 5, il était question de pratiques occasionnelles et non de pratiques systématiques de la délégation ces gestes («Vous arrive t'il...»). Il est donc tout à fait vraisemblable que des MAR travaillant souvent en N+1 laissent de temps en temps un IADE s'occuper seul de ces temps délicats.

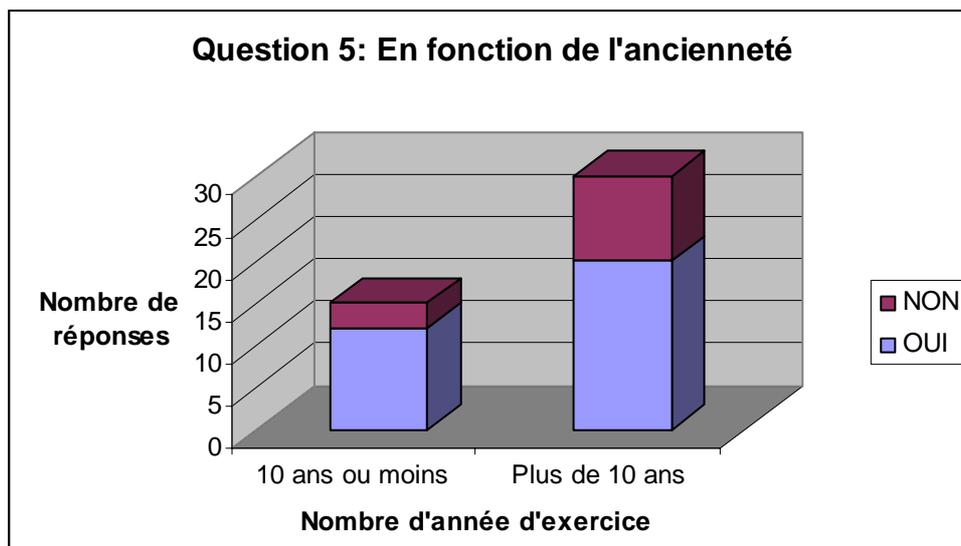
Pour approfondir l'analyse des réponses à cette question, nous allons maintenant reprendre les réponses à cette question en y introduisant les notions de secteur d'activité et d'expérience des MAR.



En comparant ces résultats en fonction des secteurs, on constate une différence significative entre le secteur public et le secteur privé. La quasi-totalité des MAR de ce secteur confient une induction ou un réveil à l'IADE seul. Les raisons de ce type d'organisation sont vraisemblablement économique, et motivées par un soucis d'optimisation des temps médicaux et paramédicaux.

Cet élément confirme le fait que les services d'anesthésies du privé fonctionnent rarement voire jamais en N+1, comme nous l'avons vu dans la question 4.

Pour le secteur public, le résultat est plus équilibré, avec 59% de MAR laissant parfois un IADE seul pour réaliser ces actes. L'argument économique est bien entendu moins important que dans le secteur privé, le secteur public n'étant, pour le moment, moins soumis aux contraintes de rentabilité. La qualité du travail des IADE aura probablement convaincu certains MAR qu'il n'est pas si dangereux qu'on le dit de confier une induction à un IADE expérimenté...



Si cette fois, on croise les réponses en tenant compte de l'ancienneté des médecins anesthésistes, nous constatons aussi des différences. Elles sont cependant moins importantes que dans la comparaison selon les secteurs d'activité.

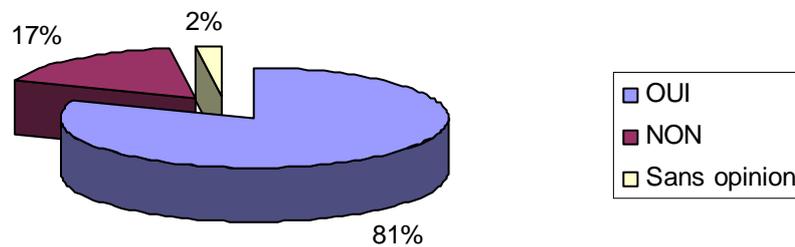
Nous pouvons dire que les médecins les plus anciens délèguent moins facilement les gestes délicats que les médecins plus récemment thésés. Sans plus d'informations, il est délicat, voire hasardeux, d'avancer des explications à ces chiffres. Cependant, le fait est que les MAR les plus jeunes ont été formés en présence des IADE dans les blocs, et probablement en intégrant notre présence au niveau dans ces blocs durant leurs études, élément qui était beaucoup moins fréquent il y a plus de 10 ans. Cette notion facilite peut être la délégation d'acte sensibles.

Ce n'est probablement là qu'un des multiples paramètres qui expliquent cette différence, mais notre questionnaire ne permet pas d'aller plus en avant dans cette analyse.

5-4-6 « Question 6 : Pensez vous que la pénurie de MAR annoncée aura un retentissement sur la collaboration entre le MAR et l'IADE ? »

Après deux questions qui nous ont permis de nous faire une idée sur les pratiques actuelles, nous abordons, avec cette sixième question, la seconde partie du questionnaire. Elle s'attachera à mettre en lumière la vision des MAR sur l'avenir du travail en binôme.

Question 6 : La pénurie de MAR aura t'elle un retentissement sur la collaboration MAR-IADE ?



Plus de 80% des MAR sont conscient des difficultés prévues pour les années 2010-2020 exposées en première partie, et de leurs répercussions directes sur le binôme MAR-IADE.

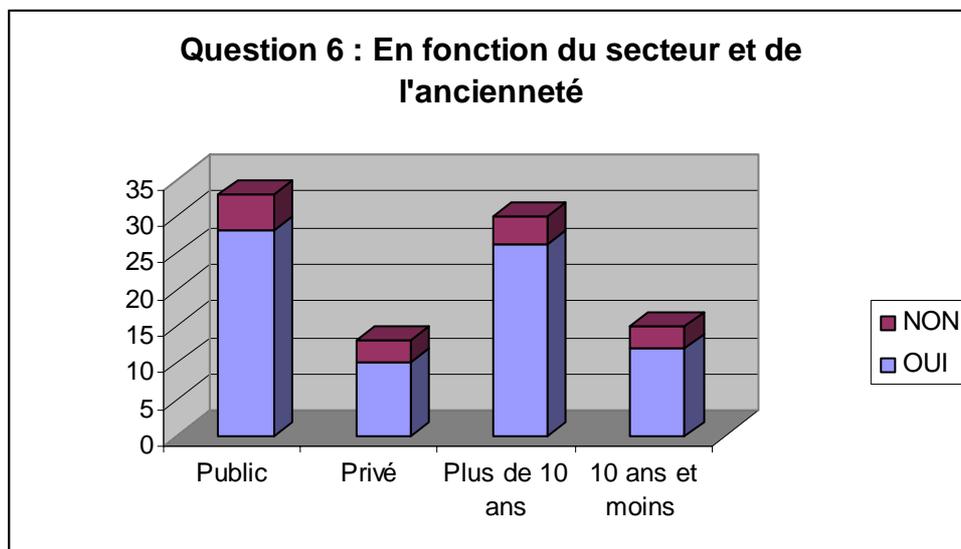
Les médecins étaient invités à développer leur réponse à cette question. Parmi les avis et remarques qui ont été faits, on peut faire ressortir plusieurs tendances qui ont été récurrentes.

Au premier plan des opinions, l'augmentation de la délégation aux IADE a été avancée pour palier cette pénurie avancée. Exprimée clairement en ces termes, ou bien contenue plus implicitement dans l'idée d'autonomisation, cette voie a été largement envisagée. Cependant, plusieurs médecins ayant répondu en ce sens abordent également la notion de responsabilité, rappellent que toute augmentation des délégations de gestes doit s'accompagner de la responsabilisation juridique qui en découle.

L'autre voie envisagée est une réorganisation de l'activité anesthésique au sein des établissements. D'une part, elle repose sur la mise en place d'un système N+1 'élargi', c'est-à-dire avec un médecin supervisant un nombre plus important de salles, avec un IADE dans chacune d'elle, et d'autre part, une meilleure gestion de l'activité opératoire. Ce dernier point sous entendant une adaptation du rythme opératoire aux possibilités du service anesthésique, afin de garder des conditions de travail sécuritaires.

Plusieurs médecins ont également prôné pour un retour des MAR dans les blocs, en diminuant leur activité dans les services tels que le SAMU, les urgences, au profit des médecins urgentistes.

D'autres conséquences de la pénurie ont également été envisagées, de façon parfois très alarmiste. Certains MAR annonçant une dévalorisation majeure de la spécialité si les IADE gagnaient en autonomie. Plusieurs médecins craignent également une diminution de la sécurité (notamment en augmentant le délai d'intervention du MAR en cas de problème), et donc une régression sur les récents progrès réalisés dans ce domaine.

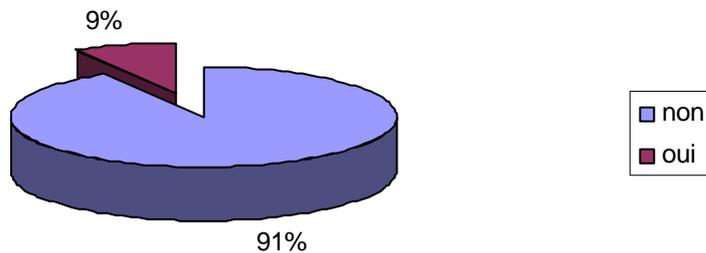


Les résultats traités en fonction du secteur d'activité et de l'ancienneté dans la profession sont homogènes. Ceci démontre que la prise de conscience du problème est, malgré les divergences de point de vue sur les solutions à apporter, bien réelle pour l'ensemble des médecins, ce qui est le premier, mais indispensable, pas vers une ébauche de solutions.

5-4-7 - Question 7 : « Pensez vous que le transfert d'activité vers les endoscopistes soit une solution intéressante ? »

Première des deux solutions évoquée pour palier la pénurie annoncée, le transfert d'activité consiste, comme nous l'avons vu, à confier à des médecins non spécialisés en anesthésie réanimation la responsabilité de la réalisation de sédations, pour des examens de type fibroscopie digestive, et par voie de conséquence la responsabilité de l'encadrement des IADE réalisant la sédation. C'est cet exemple qui a été pris dans cette question pour illustrer le principe de transfert de capacité, s'appuyant sur de récentes propositions de la part des gastro-entérologues.

QUESTION 7 : Le transfert d'activité vers les gastro-entérologues vous semble t'il une solution interessante?



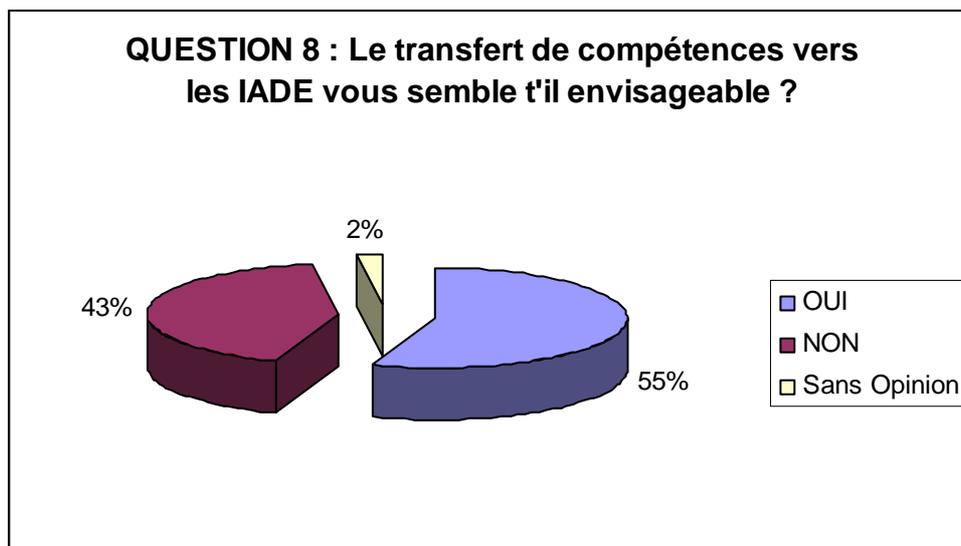
Sans grande surprise, le résultat est largement en faveur du 'non'. Parmi les arguments invoqués, souvent avec force, l'incompétence des gastro-entérologues dans le domaine de l'anesthésie (et surtout de la réanimation lors des complications) est mise en avant, rappelant au passage qu'il n'existe pas de petite anesthésie.

Egalement, dans les mêmes proportions que précédemment, et parfois en même temps, l'argument de la responsabilité en cas de problème est soulevé. En effet, plusieurs médecins demandent qui endossera la responsabilité, en cas de complications. En effet, si c'est le MAR qui a fait la consultation et la visite d'anesthésie, c'est le gastro-entérologue qui, à défaut de la réaliser, prend la responsabilité de l'acte (réalisé alors par un IADE).

Malgré cela, presque 10% des MAR voient en ce transfert d'activité une solution envisageable pour palier les manques à venir. Aucune argumentation dans ces cas n'a été avancée en complément de la réponse.

5-4-8 Question 8 : « Le développement du transfert de compétence des MAR vers les IADE vous semble t'il envisageable ? »

Seconde proposition pour palier le manque à venir de MAR, le transfert de compétences du MAR vers les IADE est la solution que l'on retrouve le plus souvent.



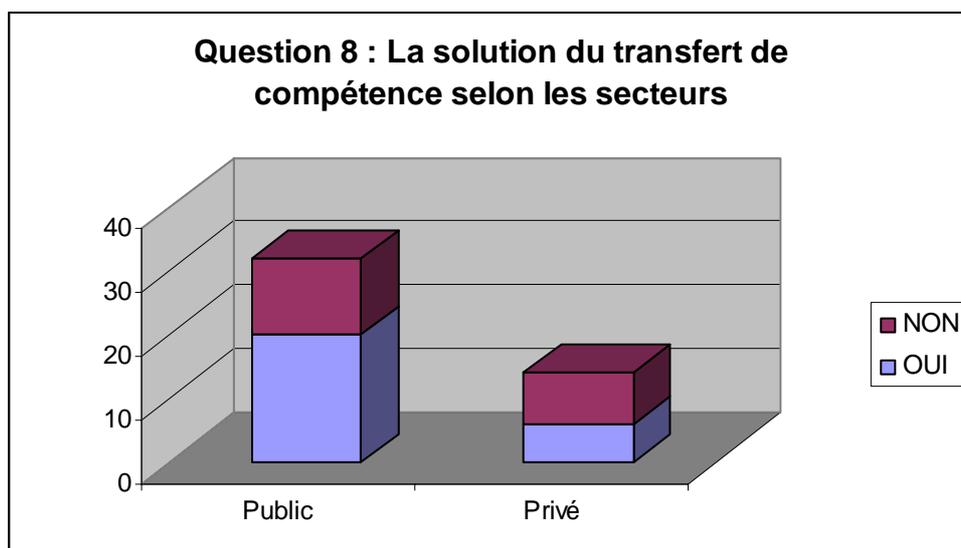
Ce premier résultat est donc relativement étonnant car particulièrement éloigné des orientations choisies par les représentants des MAR, principalement la SFAR. Cette dernière rejette en bloc toute idée de transfert de compétence vers les IADE. Or, nous constatons un équilibre dans les opinions des MAR interrogés.

Il semble donc que, une fois de plus, la réalité du terrain se démarque nettement des écrits et des positions officielles adoptées par les instances représentatives. Ici encore, les médecins étaient invités à développer leur réponse, notamment en précisant quelles compétences leur semblait transférables.

Les domaines de transferts qui ont été proposés sont relativement variés. Aucun n'a recueilli une majorité. L'induction et le réveil de patients ASA 1 ou 2, la gestion des sorties des patients de SSPI, les interventions en SMUR, les sédations, les gestes purement techniques (VVC, ALR), mais également les visites pré anesthésiques ainsi que les consultations de patients ASA 1, sont autant de propositions qui ont été données.

De même, plusieurs réponses négatives ont été argumentées, de façon parfois très virulente, signifiant une crainte de dévalorisation de la spécialité.

Tout comme la question précédente, la question de la responsabilité, notamment pénale, a été posée par plusieurs médecins. Ces derniers ont précisé que tout transfert de compétences officiel doit impérativement s'accompagner d'un transfert de la responsabilité juridique de l'acte effectué.



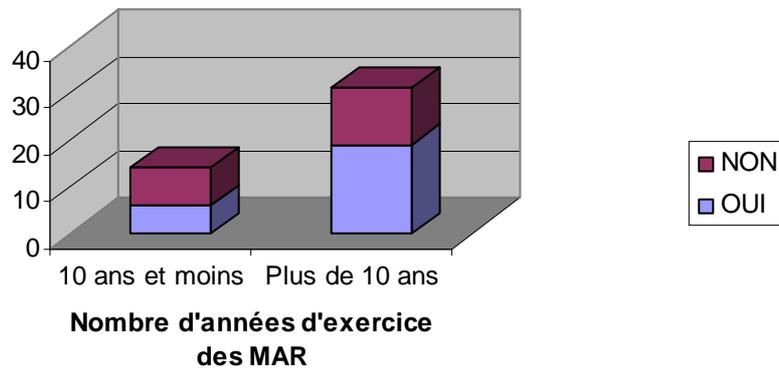
En analysant les réponses classées en fonction des différents secteurs d'activité, on remarque que, proportionnellement, les médecins du secteur privé sont moins favorables au transfert de compétence vers les IADE que dans le secteur public.

Ce résultat, dans un premier temps, peut paraître paradoxal dans la mesure où, comme nous l'avons vu avec la question 5, les MAR du privé laissent facilement un IADE travailler seul en salle. On pourrait donc croire que cette confiance accordée aux IADE et leur habitude à les voir travailler seul aurait entraîné des réponses plutôt favorables à l'officialisation de transferts de compétences.

L'explication est, pour partie, probablement liée à la crainte plusieurs fois exprimée dans les questionnaires de voir la spécialité se dévaloriser. On peut en effet difficilement imaginer qu'un acte réalisé par un infirmier, même spécialisé, soit coté de la même façon que si il est réalisé par un médecin spécialiste. Il est donc possible que ce soit cette crainte qui ait pu, partiellement, expliquer ces réponses du secteur privé.

Les MAR du secteur public semblent, quant à eux, plus favorables au transfert de compétences. Tout aussi conscients que les MAR du privé des difficultés à venir (question 6) et de la nécessité d'y faire face, ils paraissent moins inquiets du risque de décotation des actes que les MAR du privé, les MAR du secteur public sont plus favorables à des transferts de compétences pour palier les manques à venir.

Question 8 : La solution du transfert de compétence en fonction de l'ancienneté



Classées selon le critère du nombre d'année d'exercice, les réponses font apparaître un relatif équilibre entre les deux tranches d'années d'exercice retenues au départ. Au vu du nombre de questionnaires retournés, la différence n'est pas suffisamment importante pour être significative.

Nous constatons donc que l'ancienneté des MAR est un facteur qui influence beaucoup moins les réponses à la solution du transfert de compétence que le secteur d'activité.

VI - SYNTHÈSE DE L'ANALYSE DU QUESTIONNAIRE

Plusieurs informations sont à retirer de cette enquête. Nous ferons d'abord la synthèse des résultats obtenus, avant de dégager les enseignements méthodologiques de ce travail. Le questionnaire a, en effet, présenté des points positifs, mais a aussi montré ses limites.

6-1 Synthèse des réponses

Tout d'abord, il semble acquis que le travail en binôme est reconnu par les MAR comme un atout majeur en anesthésie. Cette notion n'est plus, à l'heure actuelle, une simple idée parmi tant d'autres, mais une réalité et un concept qui est bien compris et accepté par la majorité des médecins des services d'anesthésie.

L'IADE n'est plus la petite main du médecin, mais son collaborateur le plus direct et le plus compétent pour la réalisation des actes anesthésiques.

Cette collaboration passe désormais de plus en plus par le travail selon le modèle N+1. Un médecin est donc amené à superviser plusieurs interventions, chacune d'entre elles étant suivie par un IADE. Néanmoins, cette organisation, certainement en partie pour des raisons économiques, est plus fréquente au niveau du secteur public.

Ce rôle auprès du médecin va vraisemblablement être amené à se développer. Déjà, dans le secteur privé, une large autonomie est laissée aux IADE. Ce fait, déjà observé il y a quelques années par le SNIA se confirme dans notre enquête. De même, les jeunes MAR semblant faire plus facilement confiance aux IADE, on peut imaginer que cette tendance va aller en s'accroissant, dans le sens d'une plus grande autonomisation des IADE.

Néanmoins, cette autonomisation n'est pour le moment qu'officiuse, et donc très variable selon le secteur d'activité, comme en témoigne la question 5, qui montre une position très partagée de ce secteur à ce sujet. Les MAR sont cependant conscients que les années à venir vont être difficiles pour leur spécialité, en raison des exigences et des risques qui lui sont inhérents, qui tend à attirer de moins en moins de jeunes médecins.

6-2 Perspectives professionnelles

La nécessité de réagir et de s'organiser pour faire face à cette pénurie tout en conservant une qualité et une sécurité de service optimale a vu émerger plusieurs pistes de réflexion.

Si la possibilité de transférer tout ou partie du travail de l'anesthésiste à d'autres spécialités médicales semble vouée à l'échec, pour des raisons de sécurité et de responsabilité, la solution du transfert de compétences des MAR vers les IADE paraît plus réaliste. Elle permettrait de conserver la réalisation d'actes anesthésiques par des spécialistes de l'anesthésie, ce qui est le pilier fondamental d'une réflexion dont le but premier est de conserver la qualité des soins apportés au patient.

Néanmoins, il est évident qu'un tel transfert de compétence ne peut passer que par un nouveau décret de compétence, qui, vraisemblablement, devrait indiquer de nouvelles compétences, ainsi que de nouvelles responsabilités aux IADE.

En outre, une réorganisation des postes d'anesthésie, à la fois au niveau des établissements (retour des MAR dans les blocs en confiant les SMUR et urgences à des urgentistes), mais également au niveau national (amélioration de la répartition des MAR sur l'ensemble du territoire) est une autre possibilité pour limiter au maximum les conséquences de la pénurie prévue.

Néanmoins, il semble évident, au vu de la déflation de la population des MAR, que cette solution ne pourra être suffisante à elle seule pour garantir aux patients une qualité de service anesthésique satisfaisante.

La réorganisation des médecins et infirmiers anesthésistes tend à aller vers le fonctionnement en pool. Ils dépendent de moins en moins d'un service donné, et sont maintenant fréquemment rattachés à un département d'anesthésie plus global. Ce dernier a pour but de gérer les postes en fonction des besoins, au niveau de l'ensemble de la structure de soins. Ce mode de fonctionnement est premier élément organisationnel au sein de notre discipline permettant de faire face au manque de moyens.

Réorganisation géographique des postes, développement de la délégation à du personnel compétent, meilleure gestion des services d'anesthésie... Il est plus que probable que la solution à la pénurie devra composer avec l'ensemble de ces voies.

6-3 Synthèse méthodologique

La réalisation de ce questionnaire, comme nous l'avons dit en début d'analyse, nécessitait de trouver un équilibre satisfaisant entre la précision des informations recherchées et le nombre de questionnaires retournés.

Il est évident que si le questionnaire avait été long et fastidieux à remplir, puis à retourner, le taux de retour aurait été plus faible. C'est pour cela que notre choix s'est porté à la fois sur des questions fermées, ainsi que sur un nombre total de questionnaires peu élevé.

Nous avons vu lors de l'analyse, que ces impératifs ont parfois limité les possibilités d'interprétation des réponses, soit par un manque d'information, soit par un nombre de réponses trop faible pour être représentatif.

Egalement, plusieurs questionnaires ont été retournés par la poste. Ceci montre que, outre le fait que certains médecins n'ont pas d'adresse électronique, d'autres ne savent probablement pas suffisamment utiliser les courriels pour retourner le questionnaire. Ils ont donc été obligés d'imprimer puis d'envoyer par enveloppe le questionnaire. Ici aussi, on est en droit de penser que certains médecins, ne sachant pas suffisamment utiliser les courriels, n'ont pas pris la peine de retourner par la poste le questionnaire, ce qui, bien évidemment, diminue le taux de retour.

En outre, l'anonymat du questionnaire, si il est facile à garantir avec un retour par courrier postal, est plus délicat à obtenir par un retour par courriel, dans la mesure où l'adresse de l'expéditeur est forcément connue.

En marge de ces facteurs limitants, l'avantage majeur de l'utilisation des courriels est la possibilité de contacter plus de 480 médecins pour une enquête, permettant ainsi d'en faire une enquête d'envergure régionale, ce qui aurait été beaucoup plus difficile, long et plus onéreux en utilisant le courrier postal.

BIBLIOGRAPHIE

PUBLICATIONS DE LA SFAR

Conférence de presse SFAR - 18 septembre 2003
http://www.sfar.org/s/article.php3?id_article=223

Conseil d'administration du 20 mars 2003
<http://www.sfar.org/s/IMG/pdf/ca200303.pdf>

« *A propos des recommandations du SNIA sur l'exercice de la profession d'IADE* »
- 28 février 2003
http://www.sfar.org/s/article.php3?id_article=182

« *Commentaires sur le décret ministériel n° 2002-194 du 11/02/02 relatif aux actes professionnels et à la profession d'infirmier* » - Décembre 2002
http://www.sfar.org/s/article.php3?id_article=53

Conseil d'Administration de la SFAR - 13 Décembre 2002
<http://www.sfar.org/s/IMG/pdf/ca131202.pdf>

« *Information sur le décret relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier* » - 23 février 2002
<http://www.sfar.org/infodecretcompet.html>

Conseil d'Administration de la SFAR du 21 février 2002
<http://www.sfar.org/s/IMG/pdf/ca210203.pdf>

« *Les rôles respectifs des médecins anesthésistes-réanimateurs et des infirmier(e) anesthésistes diplômé(e)s d'Etat dans la conduite de l'anesthésie* » - Février 2001
<http://www.sfar.org/rolemariade.html>

« *Les médecins anesthésistes-réanimateurs en France Enquête CFAR-SFAR-INED* » 1999
http://www.sfar.org/s/article.php3?id_article=176

« *Recommandations concernant le rôle de l'Infirmier Anesthésiste Diplômé d'État* »
1ère édition - Janvier 1995
<http://www.sfar.org/recomiade.html>

PUBLICATIONS DU SNIA

« *La démographie des infirmiers anesthésistes en France* » bulletin n° 164 du SNIA - Premier trimestre 2004

« *Recommandations pour l'exercice de la profession d'infirmier* »
anesthésiste - Mai 2002
<http://www.snia.net/snia/Recommandations-snia-2002.pdf>

« *Mieux connaître les IADE* » Enquête 2001
<http://www.snia.net/snia/Enq-SNIA-2001.pdf>

AUTRES DOCUMENTS

" *Coopération des professions de santé : le transfert de tâches et de compétences* " Rapport du
Pr. Y Berland - Octobre 2003
<http://www.sante.gouv.fr/htm/actu/berland/sommaire.htm>

« *Compte rendu de la cinquième journée de réflexion sur l'endoscopie digestive en France* »
Dr Seddik - 25 Janvier 2003
http://www.sfed.org/pdf/Journee_Reflexion_Endo_2003.pdf

« *Médecins Anesthésistes Réanimateurs et IADE : Qui est responsable de quoi ?* »
Pr. Samii - Dr Fourcade - REAGSO 2002
<http://www.reagso.com/divers/ed2002/Samii.pdf>

« *Démographie des professions de santé* » - Rapport du Pr. Y. BERLAND - Novembre 2002
http://www.sante.gouv.fr/htm/actu/demo_profsante.pdf

« *Recommandations concernant les relations entre anesthésistes-réanimateurs et chirurgiens, autres spécialistes ou professionnels de santé* » - Conseil national de l'ordre des médecins - 12/2001
<http://www.conseil-national.medecin.fr/CNOM/Actu.nsf/01d3bc00e777d721c12568f00058fc57/8adf83a5e7f629f7c1256b3b004abfc0?OpenDocument>

« Rapport sur l'adéquation entre les besoins hospitaliers et les effectifs en anesthésie réanimation » - Guy Nicolas - Michelle Duret - Février 1998
<http://psydoc-fr.broca.inserm.fr/professi/Rapports/Nicolas.html>

« Rapport du haut comité de la santé publique sur la sécurité anesthésique » - Novembre 1993
<http://hosp.ensp.fr/hcspi/docspdf/hcsp/hc001040.pdf>

Présentation du plan Hopital 2007
<http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/hopital2007/>

Présentation de la tarification à l'activité
Secteur public
http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/t2a/doc_pdf/prest2a_public.pdf
Secteur privé
http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/t2a/doc_pdf/prest2a_privé.pdf

TEXTES LEGISLATIFS DE REFERENCE

LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé Journaux et magazines et quotidiens
<http://www.legifrance.gouv.fr/WAspad/UnTexteDeJorif?numjo=MESX0100092L>

Décret de compétence n° 2002-194 du 11 février 2002
relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier
<http://laryngo.com/documents/decret11022002.pdf>

Arrêté du 17 janvier 2002 relatif à la formation conduisant au diplôme d'Etat d'infirmier anesthésiste
<http://www.sitanest.net/AFCH/ciarcr/formationiade.html>

Décret n° 95-100 du 6 septembre 1995 portant code de déontologie médicale, modifié par les décrets n°97-503 du 21/05/1997 et n°2003-881 du 15/09/2003
[http://www.conseil-national.medecin.fr/CNOM/Deontologie.nsf/V_DE/\\$first](http://www.conseil-national.medecin.fr/CNOM/Deontologie.nsf/V_DE/$first)

Décret n° 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
<http://laryngo.com/documents/D%e9cret51294.doc>

Décret no 93-345 du 15 mars 1993 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier
http://www.infirmier-general.com/d93_345.html

JOURNAUX, MAGASINES ET QUOTIDIENS

« *Une profession en perpétuelle mutation* »

Horizon - n° 150 - page 29 - Interview du Pr. Jean MARTY - Mars 2004

L'Express - Edition du 27 février 2003

<http://www.lexpress.fr/info/sciences/dossier/sante/dossier.asp?id=379817>

Oxymag - n°63 - avril 2002

L'express - édition du 24 janvier 2002

<http://www.lexpress.fr/reussir/dossier/sante2/dossier.asp?id=408792>

Revue de l'Infirmière - Supplément au n°52 - Septembre 1999

DARDE Maxime
Etudiant IADE 2nde année
CHU de TOULOUSE

Docteur,

Elève Infirmier anesthésiste en seconde année, je réalise un travail de fin d'étude sur « **Quel avenir pour la collaboration MAR-IADE ?** ».

Dans cette optique, j'effectue une enquête auprès de l'ensemble des Médecins Anesthésistes Réanimateurs de la région Midi-Pyrénées.

Cette enquête est bien entendu totalement anonyme. Les réponses seront traitées dans leur globalité.

Vous pouvez me retourner le questionnaire rempli, que vous trouverez en pièce jointe, soit en le renvoyant à Mme Vacquié qui vous a adressé ce mail, soit directement sur ma boîte email :
tyrex31@wanadoo.fr

Je vous remercie par avance de votre participation et du temps que vous voudrez bien consacrer à mon enquête, volontairement concise, et vous prie de croire, Docteur, à l'assurance de mes sentiments dévoués.

Maxime DARDE

Je vous remercie de me retourner ce questionnaire avant le **15 mars** afin que je puisse l'exploiter pour mon enquête.

Je me tiens à votre disposition pour vous faire parvenir un exemplaire de mon travail si vous le désirez.

QUESTIONNAIRE

1 > Vous êtes MAR²² depuis quelle année ?

2 > Travaillez vous dans le secteur : (cochez la ou les cases correspondantes)

- Public ?
- Semi-public ?
- Privé ?

3 > Selon vous, le binôme MAR - IADE²³ apporte t'il un gain pour la sécurité du patient ?

- Oui
- Non

Pourquoi ?

4 > Dans le cadre de l'exercice de votre fonction, l'organisation préconisée de 'N+1' est elle respectée ?

- Toujours
- Souvent
- Rarement
- Jamais

5 > Vous arrive t'il de laisser un IADE, en qui vous avez confiance, effectuer une induction ou un réveil d'anesthésie seul en salle ?

- Oui
- Non

²² Médecin Anesthésiste Réanimateur

²³ Infirmier Anesthésiste Diplômé d'Etat

6 > Pensez vous que la pénurie de MAR annoncée pour les années 2010 - 2020 aura un retentissement sur la collaboration entre le MAR et l'IADE ?

- Oui
 Non

Dans quel sens ?

7 > Plusieurs écrits²⁴ proposent de confier la responsabilité des sédations au propofol aux endoscopistes, qui encadreraient donc des IADE. Pensez vous que cette voie de transfert d'activité soit une solution intéressante ?

- Oui
 Non

Pourquoi ?

8 > Une autre proposition évoquée (REAGSO 2002) est de développer certains transferts de compétences du MAR vers l'IADE. Cela vous semble t'il envisageable ?

- Oui
 Non

Pourquoi ?

Si oui, quelles sont les compétences qui vous semblent transférables ?

²⁴ Pr. BERLANT Y. ; « Coopération des professions de santé : le transfert de tâches et de compétences » ; Octobre 2003

Pr. ESCOURROU J. ; « 5^e journée de réflexion sur l'endoscopie digestive en France » ; Janvier 2003

« QUEL AVENIR POUR LA COLLABORATION MAR-IADE ? »

Résumé

Le binôme MAR/IADE est un paramètre qui participe de l'amélioration de la sécurité anesthésique. Dans le contexte incertain de la politique de santé, les établissements de soin sont en quête de solutions. L'anesthésie n'échappe pas à la règle. En tant que futur IADE nous avons souhaité explorer le thème du binôme MAR/IADE.

Ce travail se propose, dans un premier temps, de faire un état des lieux du rôle de l'IADE ainsi que du travail en binôme. Pour cela, une analyse est faite en première partie, d'une part d'un point de vue strictement réglementaire, et d'autre part d'un point de vue pratique, avec une confrontation entre la loi et la réalité du terrain.

Dans une seconde partie, un rappel des principales difficultés auxquelles va être confrontée l'anesthésie dans les prochaines années est fait, et les voies de réflexions proposées pour palier ces difficultés seront analysées.

Enfin, une enquête, réalisée sur l'ensemble des MAR de la région Midi-Pyrénées, s'attache, dans un premier temps à faire le bilan des pratiques actuelles au niveau du binôme MAR-IADE. Cette enquête essaye également de faire le point sur la vision des MAR de la région sur l'avenir de ce binôme et sur les solutions pour prévenir les difficultés prévues pour les années 2010-2020 en anesthésie