

# Que peut-on déléguer en anesthésie ?

**Laurent Delaunay, Florence Plantet**

*Anesthésie réanimation – Clinique générale (Annecy)*

Remerciements au Pr Laurent Beydon pour un travail remarquable : les infirmiers anesthésistes à travers la littérature et les pratiques étrangères, essai critique ; travail malheureusement non publié mais qui nous a beaucoup aidé pour la rédaction de cet article.

## 1. Définitions

---

La délégation et le transfert de tâches sont considérés par certains comme des solutions envisageables aux problèmes de démographie des professions de santé. De façon moins avouée, elles pourraient être considérées comme une source d'économie potentielle. Leur mise en œuvre concerne l'ensemble de la chaîne de soins. Elles nécessitent, dans tous les cas, une formation complémentaire des professionnels concernés et de l'expérience. Elles pourraient également passer par la définition de nouveaux métiers. Il est important de comprendre à quoi correspondent ces 2 termes tant sur un plan médical que juridique.

La « délégation de tâche » désigne l'action par laquelle le médecin confie à un autre professionnel de santé la réalisation d'un acte de soin ou d'une tâche. De fait, dans un même acte de soins, certaines tâches peuvent être réalisées par des professionnels différents : par exemple induction et surveillance d'une anesthésie. La délégation comprend l'idée de supervision et de fait la responsabilité du délégant reste engagée du fait de la décision de déléguer. La responsabilité du délégué (professionnel non médecin) est engagée dans la réalisation de l'acte. Dans tous les cas cette délégation doit se faire dans le respect des recommandations de bonnes pratiques.

Le « transfert de tâche » désigne l'action de déplacer l'acte de soin d'un corps professionnel à un autre. Dans ce cas les activités sont confiées dans leur totalité, y compris en terme de responsabilité, à un autre professionnel. Dans cette situation les professionnels non médicaux sont donc autonomes dans la décision et la réalisation : par exemple les transferts de certains actes entre ophtalmologistes et opticiens.

Le transfert de tâche a concerné l'anesthésie il y a peu de temps suite à la demande de certains gastro-entérologues d'assurer eux même la sédation pendant

les actes d'endoscopie. Cette discussion s'est pour l'instant arrêté (moratoire ?) après la publication d'une lettre ouverte signée par 21 Sociétés Savantes européennes d'anesthésie s'opposant à l'utilisation du propofol par des non-anesthésistes [1].

La question qui sera traitée dans cette communication concerne la délégation de tâche, des médecins anesthésistes à du personnel non médical, en l'occurrence des IADE. Le professionnel à qui on délègue une tâche doit avoir les compétences et la qualification nécessaires.

- Les compétences : c'est ce qui correspond à l'acquisition propre et qui ne peut se déléguer. En pratique, c'est la mise en œuvre d'une combinaison de savoirs (connaissances, savoir-faire, comportement et expérience) en situation.
- La qualification : c'est l'habilitation d'un professionnel à exercer un certain nombre d'actes du fait de sa possession d'un diplôme.

Cette délégation d'une partie de l'activité des médecins anesthésistes vers les IADE existe depuis longtemps. Nous sommes probablement la spécialité médicale qui est la plus avancée dans ce domaine. En effet le décret de compétence des IADE leur autorise un certain nombre de gestes techniques et intellectuels sous la responsabilité du médecin. La question est donc non plus sur le principe de la délégation de tâche mais bien de son élargissement vers d'autres actes.

## 2. Qui fait quoi ?

---

En 2000, une étude publiée dans *Anesthesiology* a fait couler beaucoup d'encre et a contribué à durcir les rapports entre médecins anesthésistes et IADE aux Etats Unis. Les auteurs avaient fait le constat qu'il existait des organisations très différentes selon les structures, celles-ci allant de pratiques indépendantes (médecins ou IADE seuls) jusqu'à la prise en charge par de véritables équipes d'anesthésie. Leur objectif était donc de déterminer si cette variabilité de prise en charge entraînait des différences en termes de mortalité. Cette étude concernait les patients de 65 ans et plus. Ils retrouvaient une mortalité plus faible quand la prise en charge est supervisée par un médecin anesthésiste [2]. La réponse du « berger à la

bergère » (plutôt l'inverse d'ailleurs) ne s'est pas fait attendre et 3 ans après sortait dans le journal AANA une contre-étude sur un important collectif de patients qui ne retrouvait pas de différence sur la mortalité entre une prise en charge par des IADE, des médecins travaillant en seul ou en équipe [3]. Ces 2 études posent des problèmes méthodologiques indéniables notamment du fait de données rétrospectives et souvent incomplètes. De plus, les données entre les 2 études ont quasiment 10 ans d'écart. Une méta analyse de la Cochrane a également tenté de répondre à cette question et a prudemment conclu qu'il n'était pas possible de répondre compte tenu de la qualité insuffisante des études [4] mais surtout, dans un cas comme dans l'autre, le problème n'est probablement pas correctement posé.

Dans une autre étude, Sibel et al ont étudié la mortalité selon le niveau de formation. Ils ont montré qu'en milieu de carrière un niveau de formation faible était associé à une mortalité plus importante [5]. Néanmoins, ils ont noté que le niveau de formation n'était pas le seul élément expliquant la surmortalité mais qu'elle était également fortement influencée par la structure dans laquelle les anesthésistes travaillaient. Cette même équipe de Pennsylvanie, dans une 3ème étude, a retrouvé une relation entre un niveau de formation élevé des infirmières dans l'hôpital et une moindre mortalité à 30 jours [6]. Dans une autre étude prospective réalisée sur 2 ans en Hollande, les auteurs ont relevé tous les cas de décès ou de coma survenant pendant l'intervention et dans les 24 heures postopératoires. 811 patients sur 869 483 ont été analysés et appariés à 883 patients contrôles pour étudier la relation entre ces complications et la prise en charge anesthésique. Les résultats montrent que les facteurs dans la prise en charge anesthésique associés à une réduction du risque étaient : l'existence de protocoles et de check-lists, le contrôle du matériel, la disponibilité de l'anesthésiste, l'absence de changement d'anesthésiste pendant l'intervention, la présence à temps plein d'une IADE, la présence de 2 personnes au moment du réveil, l'utilisation d'antagonistes et une prise en charge correcte de la douleur [7].

Ghaferi et al. ont analysé les complications sur la période 2005 à 2007, la base de donnée du Collège Américain de Chirurgie pour l'amélioration de la qualité [8]. Ils montrent que la mortalité varie d'un hôpital à l'autre (de 3.5 % à 6.9 %). Les hôpitaux à mortalité très faible et ceux à mortalité très élevée ont un taux global de complications chirurgicales similaire (25 %) et le même taux de complications graves (17 %). En revanche, les patients qui se compliquent ont une mortalité deux

fois plus élevée dans les hôpitaux à forte mortalité par rapport à ceux à faible mortalité (21 % vs. 12 %,  $P < 0.001$ ). Cela sous-entend que la mortalité n'est pas liée à la fréquence des complications mais à la façon de les gérer quand elles surviennent. La méthodologie de l'étude ne permet pas d'approfondir les causes, mais on est tenté de faire l'analogie avec l'anesthésie. Ce qui limiterait la sinistralité serait la capacité des acteurs d'une institution à éviter et surtout à gérer les incidents.

Bref, bien au-delà de savoir si les IADE peuvent travailler seules ou, si les médecins anesthésistes ont besoin d'elles, c'est surtout le travail en équipe, la qualité du monitoring et le niveau de formation qui restent les éléments déterminants, ce qui finalement est plutôt rassurant.

### 3. Place des IADE

---

---

La place et le rôle des IADE sont très variables dans les pays de l'OCDE. D'inexistantes en Espagne et au Portugal, elles occupent une place importante aux Etats Unis. Il n'est pas question ici de lister tous les pays mais plutôt de présenter quelques modèles et de les comparer au notre. La plupart des informations de cette partie reposent sur un texte écrit en 2010 par Laurent Beydon (données non publiées).

#### 3.1. L'exemple des Etats Unis

Les Certified Registered Nurse Anesthetist (CRNA) pratiquent l'anesthésie depuis plus de 100 ans et ont acquis une habilitation officielle et légale pour exercer la totalité de l'anesthésie sans aucune restriction [9]. Elles ont obtenu cette compétence en assurant l'anesthésie dans nombre d'hôpitaux ruraux désertés par les médecins anesthésistes. Elles exercent sous la vague tutelle d'un docteur en médecine ayant une vague notion d'anesthésie. Il s'agit le plus souvent des chirurgiens mais cette tutelle est plus administrative qu'effective. La formation des CRNA est de 2 ans à 3 ans (master) après 4 ans de formation infirmière et au moins une année d'expérience professionnelle. A partir de 2025, il est prévu que seules les infirmières avec un niveau doctorat (PhD) pourront s'inscrire à la formation CRNA. La

formation et la certification des CRNA se fait sous l'égide de l'American Association of Nurse Anesthetist sans aucun lien avec les médecins anesthésistes (ASA) avec un niveau universitaire élevé. Il faut rajouter que les CRNA doivent maintenir une recertification tous les 2 ans. Leur niveau de formation est extrêmement élevé et les recommandations de pratiques éditées par l'AANA sont tout à fait comparables aux guidelines médicaux [10].

Dans les zones urbaines, elles travaillent sous la responsabilité des médecins anesthésistes. Cette situation ambiguë devint de plus en plus compliquée à gérer pour les anesthésistes américains. Avec d'un côté des infirmières ayant un niveau master, voir bientôt un doctorat, qui travaillent seules en zone rurale et de l'autre des médecins en zone urbaine, très bien rémunérés, il était prévisible que les assureurs allaient s'intéresser à cette question. Si l'on rajoute à ça un lobbying bien organisé et une mère d'un ancien Président infirmière anesthésiste (Bill Clinton), il n'est pas surprenant qu'un certain nombre d'Etats aient autorisé les CRNA à travailler seules sans supervision médicale (anesthésiste ou chirurgien) [11]. L'ASA a bien évidemment protesté vigoureusement mais cela n'a pas empêché en juin 2009 la Californie, qui n'est pas à proprement parler un état rural, d'accorder ce droit [12]. Néanmoins, pour l'instant, même si l'anesthésie par des infirmières permet de réduire les coûts, les médecins anesthésistes américains ont fait pression sur les établissements pour que ceux-ci imposent via les contrats de travail une restriction d'habilitation de pratique, aux CRNA [13]. Les directeurs y ont été favorables car l'image « docteur » (vs. CRNA) reste vendeuse en anesthésie. Par ailleurs, ces grands hôpitaux drainent surtout les patients assurés qui ne paient qu'une fraction des soins. Or, les frais d'anesthésie pesant finalement peu, au regard de toute l'hospitalisation, les patients et les assureurs n'ont pas exercé de pressions directes pour limiter le lobbying des anesthésistes, le problème semblant marginal mais la bataille est loin d'être terminée.

Il existe d'autres acteurs paramédicaux en anesthésie. Aux CNRA, il faut ajouter les Anesthesiologist Assistants (AA) qui ne sont pas des infirmiers et sont surtout dévolus aux tâches de surveillance clinique. Ces derniers doivent obligatoirement être supervisés par un AR (pas de dérogation possible). Sous supervision médicale, CRNA et AA peuvent avoir des fonctions similaires (évaluation préopératoire, installation, intubation, anesthésie). Enfin, on trouve des Anesthesia

Techniciens qui ont un rôle centré autour du matériel (préparation, entretien) et sont une sorte d'aides-soignants techniques.

### 3.2. L'exemple de l'Europe

Les situations sont variées : le tableau I que l'on doit à L Beydon décrit le profil des infirmières anesthésistes en Europe. Bien qu'il n'y ait pas d'harmonisation formelle des statuts, on retrouve deux constantes : un exercice sous la responsabilité entière de l'AR, l'absence de délégation pour la réalisation de l'anesthésie générale et de la locorégionale.

	Durée études IADE	Existe un niveau supérieur après IADE (optionnel)	Faire anesthésie solo (ASA I-II) (coloscopies, bronchoscopies)	IADE seule en salle (surveillance) si docteur immédiatement accessible	IADE seule en salle (surveillance) si docteur en dehors du bloc	Rachi	KT central (même si docteur à côté)	Consultation préop	Recertification en cours de carrière
France	3 ans	Non	Non	Oui	Non	Non	Non	Non	Non
Suisse	3 ans	Non	Non	Oui	Non	Non	Non	Non	Non
Pays Bas	3 (+2,5 ans)	Oui (+2,5 ans)	Oui (+2,5 ans)	Oui	Non	Non	Non	Oui (+2,5 ans)	Non
Espagne/Portugal	Pas d'IADE								
Suède	3 ans	Non	Oui	Oui	Non	Non	Non	Oui	Non
Allemagne	3 ans	Non	Non	Oui	Non	Non	Non	Non	Non
Belgique	3 ans	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non
Royaume Uni	3 ans	Non	Non	Oui	Non	Non	Non	Non	Oui

Commentaires :

- pays bas : Diplôme technicien supérieur : +2,5 années pour pas grand-chose : faire les colos et fibros bronchiques sous sédation
- belgique : IADES depuis seulement 3 ans
- allemagne : une société privée a tenté de former des IADE habilités à faire de l'anesthésie solo : a été arrêté à la demande de la société d'anesthésie, en s'appuyant sur les textes légaux
- suède : Procédures totalement protocolisées, avec AR directement accessible (chemin de ronde) et validation de chaque temps par l'AR

### 3.3. L'exemple de la Belgique est intéressant

La spécialité a été créée il y a moins de 10 ans. Les IADE ont des compétences très limitées et encadrées avec manifestation des difficultés pour trouver leur place. Il y a actuellement des discussions au sein de la Société Belge d'Anesthésie pour élargir leur compétence. Même si les collègues Belges qui ont travaillé en France, trouvent plutôt pertinent le modèle des IADE chez nous, les craintes d'un modèle américain et d'une décote des actes prédominant et entraînent beaucoup de réticences à faire évoluer leurs statuts. Il faut noter qu'en Belgique les anesthésistes, comme aux Etats Unis, font surtout du bloc et peu ou pas de soins postopératoires.

En France, la situation est bien connue et régie par des textes réglementaires [14]. La formation est de 2 ans après au moins 3 ans d'ancienneté et qui a été reconnue récemment au niveau master. Le décret de compétence qui date de 2002/2004 est toujours en vigueur mais avec une évolution régulière dans une volonté de substituer une notion de mission à celle d'une liste d'acte. Le référentiel métier prévoit que l'IADE travaille en collaboration avec le médecin anesthésiste. Les recommandations de la SFAR confirme la notion d'équipe mais rappelle que c'est sous la responsabilité du médecin. Elle peut appliquer l'anesthésie générale, l'ALR une fois le dispositif mis en place (cathéter) et la réanimation peropératoire à condition que l'AR puisse intervenir à tout moment. L'AR aura au préalable examiné le patient et établi le protocole. L'IADE assure les actes cités plus haut ainsi que la prise en charge de la douleur postopératoire.

Quoi qu'il en soit la responsabilité du médecin reste, pour l'instant, toujours présente. Dans un arrêt datant de 2012 la cour d'appel de Chambéry a maintenu la responsabilité de l'anesthésiste dans un coma anoxique après une intubation œsophagienne réalisée par une IADE. Le juge a estimé que l'on ne pouvait pas se réfugier derrière le décret de compétence et « que, dès lors, la faute du médecin qui reconnaît que l'infirmier était son préposé, qu'il n'était pas dans la salle d'opération au moment où celui-ci a exécuté les faits fautifs, ce dont il résulte qu'il n'intervenait pas à tout moment mais seulement quand il était appelé, est établie. Attendu que, sur le préjudice, la chance perdue de madame O. est celle de bénéficier des soins attentifs permettant à l'opération de se dérouler dans de bonnes conditions et que la totalité de son préjudice, ainsi que l'ont retenu les premiers juges, est imputable à la faute du docteur H » [15].

## 4. Vers où veut-on nous amener ?

---

L'inflation des dépenses de santé a conduit les tutelles, sur suggestion d'un certain nombre d'économistes de la santé, à réfléchir sur le transfert de certains gestes techniques ne nécessitant pas un long apprentissage, vers des assistants au cursus plus court. Cela reviendrait moins cher que de financer un expert à haute valeur ajoutée [16-18]. La loi HPST et son fameux article 51 a introduit le concept de

pratique avancée avec introduction du principe de coopération et prévoit la possibilité de transfert de compétences à certaines IADE sur la base d'accords locaux validés par les tutelles [19]. Par exemple, il peut s'agir de l'accompagnement patient (chemin clinique), de l'implication dans gestion des risques (RMM, EPP), du rôle dans gestion douleur postopératoire (évaluation, prescriptions sur base de protocole) et/ou de l'évaluation de nouveaux matériels.

La délégitation de tâches est une des 17 propositions du rapport sur la démographie médicale hospitalière remis en novembre 2006 par le Professeur Yvon Berland au Ministre de la santé : « Favoriser la collaboration des professionnels de santé notamment à partir de la délégitation de tâches en identifiant les nouveaux métiers à faire émerger dans les établissements de santé » [20]. Elle est argumentée ainsi : « Considérer que les restructurations des services et des établissements ou une meilleure collaboration du secteur public et du secteur privé notamment, permettront à elles seules de combler le fossé qui ne va pas manquer de se creuser entre une offre médicale qui diminuera et des besoins qui ne cesseront d'augmenter, est un leurre. »

L'argumentaire développé ne met bien sur jamais en avant la justification économique mais se présente comme une solution aux problèmes de démographie médicale. Le but serait de recentrer l'activité des médecins sur l'acte « intellectuel », au passage beaucoup moins bien rémunéré actuellement que l'acte technique. Les médecins ne seraient plus que des cerveaux éthérés qui poseraient des "indications" réalisées par des « petites mains ». L'acte technique, en tous cas pour les plus simples, serait effectué par des techniciens à BAC + 4-5, quitte d'ailleurs à créer des nouveaux métiers intermédiaires [16]. De fait, cela « réduirait » le risque de conflit d'intérêts puisque celui qui pose l'indication est différent de celui qui le réalise !

Au bout du compte, le médecin poserait l'indication et interviendrait sur les actes les plus compliqués ou difficiles. On peut être légitimement surpris voire dubitatif devant cette dissociation entre l'acte intellectuel et l'acte technique. En anesthésie comme ailleurs, le choix d'un acte thérapeutique intègre de multiples paramètres et la connaissance technique, les difficultés éventuelles à sa mise en œuvre, les conséquences qu'il peut avoir font partie intégrante de ce choix. L'argumentaire concernant l'intervention médicale dans des situations difficiles ou complexes est également surprenant. Imaginez-vous un tennisman formé à ne faire que des passing shot de revers au filet. Pour réussir des actes compliqués il faut d'abord

maîtriser les plus simples. Un joueur de tennis a tapé des milliers de coup-droits pour avoir un geste le plus fluide possible et progressivement pouvoir faire des gestes de plus en plus compliqués. Il en va de même pour la chirurgie, on imagine mal un chirurgien qui suture un organe sous coelioscopie ne pas avoir réalisé de nombreuses sutures simples cutanées ou à ciel ouvert avant, ou un obstétricien qui interviendrait sur des accouchements compliqués sans avoir pratiqué des accouchements eutociques dans un premier temps ! Vouloir dissocier l'indication d'un acte de sa réalisation ne me semble pas souhaitable. Connaître l'acte en question, l'avoir réalisé, est une condition déterminante pour en poser correctement l'indication.

D'autre part, depuis la CCAM, les actes sont quantifiés en terme de point travail et de coût de la pratique. L'ensemble donne un certain nombre de points qui sont ensuite valorisés. Les points travail intègrent à la fois le travail intellectuel ainsi que la charge technique qui va avec. Ils sont déterminés de façon indépendante du niveau de formation de celui qui le réalise. En pratique, je ne vois pas en quoi le fait de la laisser faire par des gens moins formés peut diminuer l'un ou l'autre ! Si vous faites réparer votre voiture chez garagiste, le coût horaire est le même que votre voiture soit réparée par l'apprenti mécano ou le chef d'atelier. Enfin, de façon plus générale, il y a un pays continuellement cité en exemple par les partisans de la délégation à-tout-prix, c'est les Etats Unis. Le seul problème c'est que les USA ont les coûts de santé les plus élevés des pays de l'OCDE avec 17 % du PIB contre 10 à 11 % pour les autres. Et cela ne faiblit pas. Donc si la délégation de tâche était la panacée sur le plan économique ça se saurait !

Néanmoins, nous ne sommes pas exempts de critiques. M Dru nous rappelait, il y a quelques années, que « Le caractère médical de l'acte d'anesthésie s'est rapidement imposé, pour la sécurité du patient, par une prise en charge du malade dans sa globalité. Pourtant, les chirurgiens ont voulu croire à une certaine perméabilité entre les attributions des médecins anesthésistes et des infirmières anesthésistes, en maintenant l'illusion qu'ils étaient interchangeables. Les chirurgiens ont été aidés, dans leur démarche, par le flou entretenu par les IADE d'une part et par la désertion des blocs opératoires par les anesthésiologistes, d'autre part. » [21].

## 5. Vers où veut-on aller ?

---

Il est clair que nous ne souhaitons pas évoluer vers un modèle à l'américaine qui rendrait rapidement conflictuel les relations entre médecins et IADE. Mais il est certain que nous devons sûrement avancer sur ce sujet et pour plusieurs raisons. Nous allons avoir besoin de libérer du temps médical. Après avoir énormément progressé sur le peropératoire, ce qui a permis de réduire par 10 la mortalité liée à notre activité, nous devons dans les années à venir investir/réinvestir le périopératoire. Les patients se compliquent ou meurent non plus pendant (ou peu) mais surtout après l'intervention. Nous devons être au centre de la médecine périopératoire, sinon d'autres le feront à notre place. Nous avons également un rôle important à jouer dans la mise en place des nouveaux modes d'hospitalisation. Du RRAAC à l'ambulatoire, notre investissement au sein des équipes est indispensable et nécessitera de ne pas limiter notre activité au bloc opératoire. D'autre part, maintenant que les IADE ont obtenu un niveau de formation de type LMD, il est important qu'elles puissent acquérir de nouvelles compétences mais à la condition d'une formation complémentaire et surtout d'une obligation, comme pour les médecins, de formations continues répétées. Il est sûrement judicieux après discussion avec les médecins, en tenant compte des différents modes d'exercices, de décider ensemble comment mettre en place un certain degré de délégation de tâches et ceci dans de bonnes conditions.

L'exemple des voies veineuses centrales (VVC) est illustratif. Dans le cadre de l'article 51 de la loi HPST une demande a été faite auprès d'une ARS pour faire réaliser la pose de VVC par des infirmières. La demande concernait les abords au niveau brachial (type Piccline®) et au niveau jugulaire interne [22]. Ce protocole a été validé par le collège de l'HAS malgré l'opposition du collège d'orientation de l'anesthésie réanimation (COAR). Le COAR ne s'est pas opposé au principe de délégation de tâche mais a considéré que ce protocole mélangeait des techniques très différentes en termes de difficulté de réalisation et de risque. Le collège de l'HAS a posé comme condition que sa mise en œuvre soit limitée à un établissement posant au moins 1000 voies veineuses centrales/an dont au moins 5 par professionnel et par semaine et 20 % par les médecins délégants. L'HAS souhaite par ailleurs apporter des réserves concernant notamment: la formation des

infirmières, le rôle du délégant, l'information délivrée au patient. Vous noterez que le collège a émis seulement des réserves mais pas d'obligation sur ces 3 éléments qui paraissent pourtant fondamentaux.

Il n'y a pas de raison de s'opposer, de principe, à la délégation de tâche. Au contraire, elle peut nous permettre de nous libérer d'un certain nombre de gestes techniques et de se recentrer en partie sur une activité clinique qui devra être valorisée. Mais cette délégation doit être réalisée sous conditions strictes. Elle exige une formation spécifique complémentaire pour les infirmières et surtout le choix de « déléguer » reste impérativement un choix médical, et non pas administratif ou organisationnel. Dans le cas de la VVC, 90 % pourront être posées par du personnel paramédical formé, mais l'analyse du risque dans les cas difficiles reste médicale et doit s'appliquer au cas par cas.

Sur ce modèle, la vigilance doit être de mise car la dérive tend rapidement à s'installer. On a vu récemment, par exemple, des propositions de délégation de tâches apparaître sur l'acte de consultation d'anesthésie. La dimension médicale de la consultation (hiérarchisation des antécédents, analyse et diagnostic, prescription, responsabilité civile professionnelle) est subitement relativisée pour des raisons essentiellement organisationnelles. Le fameux patient ASA1 (notion qui, rappelons-le, n'apparaît qu'en conclusion d'une consultation et non pas en préambule) bénéficiant d'une « petite » chirurgie et donc une « petite » anesthésie est appelé à sortir du circuit médical.

Au-delà de ce débat, se profile la question du métier d'anesthésiste. Celui-ci ne peut se réduire à une succession d'actes techniques réalisables selon des procédures codifiées. Notre formation médicale est multidisciplinaire et transversale. Notre compétence vient de la multiplicité des outils que nous maîtrisons, de notre capacité à anticiper et analyser les différentes situations cliniques induites par nos gestes grâce à une culture médicale acquise au cours d'études longues et d'expériences variées. La qualité et la richesse de notre formation nous permettent ainsi de déterminer les prises en charge les plus adéquates pour chaque patient. Et au-delà, le fondement de cette dimension médicale nous permet ainsi d'apprécier à bon escient quand il faut sortir des protocoles [16]

## Conclusions

---

La question posée était : quels actes peuvent être délégués en anesthésie ? Techniquement, tout acte est délégable. La véritable question est : que voulons-nous déléguer et pour quelles raisons ? Quelle place souhaitons-nous laisser à la prise en charge « médicale » au sens premier du terme ? Nous avons choisi de centrer la question sur l'élargissement des compétences des IADE. Il est indispensable que l'anesthésie reste une discipline médicale que ce soit au moment de la consultation, dans le choix de la technique ou dans la gestion des complications postopératoires. La délégation, rappelons-le, est ancienne en anesthésie et doit pouvoir s'élargir à de nouveaux actes en offrant des perspectives plus larges que les 2 années de formation initiale. Mais cette délégation doit rester elle-même un acte médical, c'est à dire une réponse adaptée et réfléchie au cas par cas dans un contexte donné. La question d'envisager un « transfert de tâche » au sens juridique du terme ne se pose pas. Cette délégation ne doit, en outre, pas être une approche dégradée en réponse à une insuffisance de moyens ou motivée par des raisons purement comptables.

## Références

- [1] Perel A. Non-anaesthesiologists should not be allowed to administer propofol for procedural sedation: A position paper of 21 European national societies of anaesthesia. *Eur J Anaesthesiol* 2011;28:580-4.
- [2] Silber JH, Kennedy SK, Even-Shoshan O, Chen W, Koziol LF, Showan AM, Longnecker DE. Anesthesiologist direction and patient outcomes. *Anesthesiology* 2000; 93: 152-163
- [3] Pine M, Holt KD, Lou YB. Surgical mortality and type of anesthesia provider. *AANA J* 2003; 71: 109-116
- [4] Lewis SR, Nicholson A, Smith AF, Alderson P. Cochrane Physician anaesthetists versus non-physician providers of anaesthesia for surgical patients
- [5] Silber JH, Kennedy SK, Even-Shoshan O, Chen W, Mosher RE, Showan AM, Longnecker DE. Anesthesiologist board certification and patient outcomes. *Anesthesiology* 2002; 96: 1044-1052
- [6] Aiken LH, Clarke SP, Cheung RB, Sloane DM, Silber JH. Educational levels of hospital nurses and surgical patient mortality. *JAMA* 2003; 290: 1617-1623
- [7] Arbous MS, Meursing A, Van Kleef JW, Lange JJ, Spoormans JM, Touw P, Werner FM, Grobbee DE. Impact of Anesthesia Management Characteristics on Severe Morbidity and Mortality. *Anesthesiology* 2005; 102:257– 68
- [8] Ghaferi AA, Birkmeyer JD, Dimick JB. Variation in hospital mortality associated with inpatient surgery. *N Engl J Med* 2009; 361: 1368-1375
- [9] Wikipedia. Nurse anesthetist. [http://en.wikipedia.org/wiki/Nurse\\_anesthetist](http://en.wikipedia.org/wiki/Nurse_anesthetist) 2010;
- [10] Guidelines for Obstetrical Anesthesia and Conduction Analgesia for the Certified [https://www.aana.com/newsandjournal/Documents/guidelines\\_0492\\_p134.pdf](https://www.aana.com/newsandjournal/Documents/guidelines_0492_p134.pdf)
- [11] Topic 1 Opt Out. [www.asahq.org](http://www.asahq.org)
- [12] <http://www.thehealthlawfirm.com/uploads/Cal%20Society%20Anesthesiologists%20v%20SC%20San%20Fran.pdf>
- [13] American Association of Nurse Anesthetists (2007). Guidelines for Clinical Privileges. Retrieved May 24, 2007. <http://www.aana.com/clinicalprivileges.aspx> 2010
- [14] [http://site.auvergn-ia.fr/index.php?option=com\\_content&view=article&id=58&Itemid=62](http://site.auvergn-ia.fr/index.php?option=com_content&view=article&id=58&Itemid=62)
- [15] Contis M. C'est arrivé un jour à un anesthesite- réanimateur, histoires vraies. <http://slideplayer.fr/slide/2948613/>
- [16] Valencien G. Le médecin du XXIème siècle. Sa place et son rôle. *Le débat* (eds. Gallimard) novembre-décembre 2011. Numéro 167
- [17] Lepen C. Le défi de l'efficience. *Le débat* (eds Gallimard) novembre-décembre 2011. Numéro 167
- [18] Tabuteau D. [http://lexpansion.lexpress.fr/actualite-economique/didier-tabuteau-la-medecine-a-la-francaise-doit-se-reinventer\\_1370382.html](http://lexpansion.lexpress.fr/actualite-economique/didier-tabuteau-la-medecine-a-la-francaise-doit-se-reinventer_1370382.html)
- [19] [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_1240280/fr/protocole-de-cooperation-entre-professionnels-de-sante](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1240280/fr/protocole-de-cooperation-entre-professionnels-de-sante)
- [20] <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/064000845.pdf>
- [21] Dru M. Glissements de tâches en anesthésie : définitions et limites. MAPAR 2007
- [22] [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-07/proces-verbal\\_college\\_deliberatif\\_du\\_10\\_avril\\_2013.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-07/proces-verbal_college_deliberatif_du_10_avril_2013.pdf)