

ENQUETE-METIER PH13

Anesthésiste



Remerciements

Nous tenons à remercier les docteurs Baudry, Gerbert, ainsi que De Jovick pour nous avoir accordé de leur temps pour la réalisation de cette étude. Nous leur sommes très reconnaissantes pour leur disponibilité et ce partage sur leur métier passionnant.

De plus, nous remercions Plein Sens et M. Salzmann pour leur accompagnement et conseils au cours de cette enquête.

SOMMAIRE

Introduction.....	2
Méthodologie d'enquête.....	2
1. Le processus de travail de l'anesthésiste : qu'est-ce que ça fait ?.....	3
1.1. Champ d'actions et gestes de l'anesthésiste	3
1.1.1. Rendez-vous préopératoire.....	3
1.1.2. Opération	3
1.1.3. Post-opération.....	4
1.1.4. Le généraliste du service de chirurgie	4
1.2. Un métier constitué de multiples gestes et actions très techniques	5
1.1.1. Pose du cathéter, de la perfusion.....	5
1.1.2. Dosages et substances.....	6
1.1.3. Anesthésies complémentaires ou locales	6
1.1.4. Intubation.....	6
1.3. Un métier entre manuel et technique.....	7
1.1.1. Des gestes techniques codifiés et une expérience personnelle et intuitive.....	7
1.1.2. Évolutions techniques et pratiques.....	8
1.4. L'anesthésiste au sein d'un collectif.....	9
1.1.1. Un environnement de travail : le bloc opératoire	9
1.1.2. Constituants du service et dynamiques de pouvoir	10
1.1.3. Rôle de supervision au sein de l'équipe d'anesthésie et du bloc opératoire.	10
1.1.4. Apprentissage et expérience collective.....	11
2. La vision du patient et de la vie	12
1.1. La place de l'anesthésiste dans la chaîne du soin	12
1.1.1. Une spécialité à fortes responsabilités qui reste dans l'ombre vis-à-vis du patient.....	12
1.1.2. Le soin par la veille.....	13
1.2. Une relation outillée au corps.....	15
1.1.1. Le corps comme outil de travail.....	15
1.1.2. La place des machines dans la vision du corps	15
1.1.3. L'anesthésie comme une manipulation des paramètres de la vie	16
3. Anesthésiste-réanimateur : un seul et même métier ?.....	18
1.1. Des gestes et actions similaires	18
1.1.4. Une même formation.....	18
1.1.5. Gestes et actions communs aux deux métiers.....	18
1.2. Deux métiers séparés dans la pratique.....	18
1.1.6. Dans la temporalité	19
1.1.7. Dans la relation au corps, au patient et à ses constantes vitales	20
1.1.8. Des identités construites et distinctes autour de ces deux métiers	21
4. Conclusion	22

Introduction

L'anesthésie-réanimation est une spécialité médicale très récente. Bien que des substances capables d'atténuer la douleur soient utilisées depuis l'antiquité, ce n'est qu'au 20^{ème} siècle que cette pratique émerge comme une spécialité à part entière reconnue par l'ordre des médecins, avec ses propres instances de décision telles la Société française d'anesthésie-réanimation créée en 1982. L'anesthésie révolutionne la médecine et particulièrement la chirurgie. Elle permet d'atténuer la crainte liée à l'opération chirurgicale et de supprimer la douleur du patient. En tant que très jeune spécialité, l'anesthésie-réanimation a produit rapidement de grandes avancées et les techniques d'anesthésie modernes permettent une récupération plus rapide après la chirurgie afin de rendre au patient son autonomie et ses capacités le plus vite possible.

L'anesthésie, comme son nom l'indique, procède d'une ablation de l'ἄσθησις, la sensation ou l'organe des sens. C'est une suppression de la sensibilité par des substances combinées qui conduisent à trois effets principaux : l'immobilité, l'inconscience et l'insensibilité. Le patient sous anesthésie générale est dans un état qui n'est ni le sommeil, ni la mort. Pourtant, il ne ressent rien et ne se souvient pas de l'opération. Au travers de l'anesthésie, l'opéré confie sa vie au praticien qui doit alors assurer le maintien de ses fonctions vitales et le garder en vie. Sa conscience et un instant de sa vie lui échappent durant ce laps de temps, il ne s'en souvient pas. L'anesthésie est comme une "mort" temporaire, un abandon total qui n'est possible que par la confiance en l'anesthésiste qui pourra réveiller ou "ressusciter" le malade. La responsabilité du spécialiste est donc énorme et son action sur le patient pourrait presque être perçue comme d'un ordre divin. Dans le cas d'une anesthésie locale, seule la perte de sensation est présente. On fait disparaître un membre pour le cerveau. Ce qui est anesthésié n'est plus là, est caché à la conscience et donc temporairement amputé bien que toujours présent.

L'anesthésiste est un technicien du corps, dont il doit saisir le fonctionnement en détail pour pouvoir le maîtriser sans le dégrader, et un technicien du geste avec un savoir-faire intégré et acquis par l'expérience. Sa pratique est de plus fortement impactée par la technologie dont la part au bloc opératoire est en perpétuelle augmentation. Cette intégration de l'interface numérique et des multiples capteurs dans la pratique place la technologie comme un acteur intermédiaire entre le corps et le médecin. La relation complexe entre anesthésiste et malade intègre ainsi l'objet "machine" mais est également conditionnée par le collectif médical du bloc opératoire.

Cette relation pose question, il est légitime de se demander comment la relation avec la vie et le corps spécifique à l'anesthésiste, place le spécialiste différemment dans la chaîne de soin. Pour cela, on cherche à comprendre le processus d'action de l'anesthésiste. Comment l'anesthésiste procède-t-il pour permettre l'opération, c'est-à-dire pour amener les patients dans un état opérable, caractérisé par les trois effets de l'anesthésie cités précédemment ? Quelle perception l'anesthésiste a-t-il du patient et de lui-même ?

Méthodologie d'enquête

Notre étude se concentre sur le métier d'anesthésiste principalement. En effet, l'anesthésie et la réanimation sont des spécialités bien différentes, et cela nécessiterait une enquête à part entière pour explorer cette distinction et la relation entre les deux domaines. L'analyse de la réanimation dans cette enquête dessert ainsi un but d'éclairage de ce qu'est cette spécialité en générale comparativement à celui de l'anesthésie.

Au cours de notre enquête, nous avons rencontrés deux anesthésistes et un réanimateur. Nous avons eu dans un premier temps deux entretiens de 1h30 avec un anesthésiste dans une clinique privée. Puis nous avons pris contact avec un second au cours d'un appel téléphonique d'une trentaine de minute, malheureusement nous n'avons pas pu réaliser d'entretien par la suite. Enfin, dans le but de clarifier la distinction entre les spécialités de l'anesthésie et de la réanimation, nous avons réalisé un entretien de 1h avec un réanimateur-pédiatre dans un CHU.

1. Le processus de travail de l'anesthésiste : qu'est-ce que ça fait concrètement ?

1.1. Champ d'actions et gestes de l'anesthésiste

L'anesthésie est une discipline médicale au champ d'action assez étendu. Le médecin anesthésiste intervient au sein du service de chirurgie de manière générale mais également en maternité ou aux urgences par exemple. Ses actions sont très variées et s'inscrivent au sein du processus chirurgical. Il rencontre des patients lors de rendez-vous préopératoires, est présent durant des opérations et gère des patients en post-opératoire.

Son champ d'action varie en fonction du lieu d'exercice. Dans des CHU, les anesthésistes pratiquent généralement dans un seul bloc ou pour une seule spécialité chirurgicale. Dans de plus petites structures, comme des cliniques, le médecin a une pratique plus polyvalente. Il s'agit d'un métier au rythme intensif. Les horaires peuvent être difficiles avec environ 48h de présence par semaine, des week-ends et des nuits de gardes.

L'anesthésiste exerce selon deux types de journées : une de consultation (environ 30/jour), et une au bloc où il endort, veille et réveille les patients.

1.1.1. Rendez-vous préopératoire

Tout d'abord, avant une opération (48h à l'avance), l'anesthésiste réalise un rendez-vous préopératoire avec le patient dans le but de relever ses traitements éventuels, ses antécédents médicaux et produire un programme de soin. Ce rendez-vous permet également d'informer et rassurer sur l'anesthésie si le patient exprime des doutes ou des inquiétudes. Les informations récoltées au cours de cet entretien d'environ 15 à 30 minutes, permettront de doser les produits de l'anesthésie en fonction de l'âge et du poids du patient principalement. L'anesthésiste doit aussi essayer de détecter les patients pour qui l'intubation peut être difficile. Si tel est le cas, des dispositifs spéciaux seront mis en place lors de l'opération. Tous ces éléments d'informations sont consignés par l'anesthésiste sur une fiche de suivi. Cette dernière est un élément clé pour la suite du processus. En effet, très souvent, l'anesthésiste réalisant le rendez-vous préopératoire n'est pas le même que celui intervenant durant l'opération. Il y a donc une vraie nécessité de transmettre l'information de manière claire et précise pour l'intervention. Il faut pouvoir comprendre les autres et se faire comprendre *via* cette fiche. Le rendez-vous préopératoire est en effet un condensé d'observations médicales mais aussi d'impressions plus générales et non quantifiables (comme le caractère du patient, ses craintes) qui sont tout aussi importantes. En effet, la manière de rédiger comporte nécessairement des prérequis et du vocabulaire qui expriment une pensée parfois plus inconsciente et non retranscrite. Il y a donc un écart entre le prescrit et le réel, dans cet aspect très précis du métier. L'anesthésiste doit faire un effort de zèle pour transmettre toutes les informations importantes en détails même si elles dépassent le cadre strictement médical. Cela démontre une dimension plus subjective de la perception de chaque patient, chaque corps par l'anesthésiste. Le service de chirurgie est tout à fait lucide sur ce point et travaille à la réduction de cet écart en adaptant leur prescription. Cela se transcrit dans certains établissements par l'acclimatation nécessaire et obligatoire d'un anesthésiste nouvellement recruté aux pratiques du bloc avant de mener des entretiens préopératoires. La nouvelle recrue doit observer les pratiques de ses collègues afin de se faire comprendre d'eux lorsqu'ils seront amenés à collaborer sur un patient.

Le rendez-vous préopératoire est un moment-clé dans la relation au patient (il s'agit du premier contact du patient avec un anesthésiste, et cela, peu de temps avant l'opération), et pour l'organisation de l'équipe d'anesthésie puisque cela détermine fortement le déroulement de l'induction anesthésique ensuite. Ainsi, malgré sa brièveté, ce rendez-vous est déterminant pour l'ensemble du processus d'anesthésie.

1.1.2. Opération

L'anesthésiste intervient ensuite lors de l'opération. Il se trouve de l'autre côté du champ opératoire, au niveau de la tête du patient. Il est entouré de machines exprimant les constantes et autres données sur l'état physiologique du patient.

En fonction du lieu d'exercice, l'anesthésiste peut gérer une salle d'opération seul ou bien avec un ou plusieurs infirmiers-anesthésistes ou bien deux salles en même temps, avec dans chacune la présence d'un infirmier-anesthésiste. Dans ce cas, il passe d'une salle à l'autre afin d'intervenir si besoin et donner des indications. Il est présent pour réaliser certains gestes et actions avec son équipe d'anesthésie, et surtout lors des moments importants tels que l'endormissement, ou bien la réalisation d'anesthésies complémentaires.

Il a pour rôles d'endormir et de réveiller les patients mais aussi de surveiller leur état physiologique. Pour cela, il surveille des constantes comme la prise de tension artérielle toutes les cinq minutes, le rythme cardiaque, l'oxygénation du sang, ainsi que le CO₂ expiré. On peut décomposer l'intervention en trois phases : l'endormissement, l'opération en tant que telle, et le réveil. L'anesthésiste réalise ces gestes, accompagné de son équipe d'infirmiers-anesthésiste qu'il supervise à chaque étape.

Au cours de la phase d'endormissement, l'anesthésiste a un contact avec le patient d'environ 15 min avant que celui-ci s'endorme. Pendant ce temps, il réalise plusieurs gestes : la pose du cathéter, d'une perfusion, l'injection de substances. Puis lorsque le patient est endormi, il réalise l'intubation. C'est pendant cette période qu'il induit l'*anesthésie* à proprement parler. En effet, il prive le patient de ses sens et de sa conscience.

Pendant l'opération, l'anesthésiste s'assure de maintenir le corps en état de sommeil et de soutenir ses fonctions vitales (respiration, circulation sanguine, etc.). Pour cela, il surveille ses constantes, et réinjecte des substances. Il peut également réaliser des anesthésies locales complémentaires. Il se place en position de pouvoir agir en cas de besoin ou d'urgence.

Lorsque le patient montre les premiers signes de réveil, il l'extube ce dont le malade ne gardera pas de souvenirs. Puis avec son équipe, il continue de surveiller ses constantes et son état physiologique pour par la suite le débrancher en lui retirant tout ce qui le relie à des machines et s'assurer du bon retour de ses sens à la normale. Cette dernière phase est moins active en termes de gestes et d'actions et constitue plus un accompagnement du patient dans son réveil.

1.1.3. Post-opération

L'action de l'anesthésiste post-opératoire est limitée. Sa principale prescription est de permettre le retour rapide du patient chez lui après l'opération, dans les meilleures conditions possibles. Cela est déterminé à la fois par ses gestes et le dosage des substances pendant l'opération mais aussi par le traitement anti-douleur qu'il peut fournir après l'opération lors de la phase de réveil. Le domaine de l'anesthésiste ne s'arrête pas à la sortie du bloc opératoire, les techniques les plus récentes ont vocation à préparer la reprise du corps après le réveil. Les anesthésies régionales de complément pour les opérations de l'épaule par exemple permettent de faciliter la rééducation en diminuant la douleur post-op. Il est responsable de la bonne adaptation du traitement pour chaque patient. Après le retour du patient chez lui, l'anesthésiste ne le revoit plus (contrairement au chirurgien qui effectue un suivi sur le long terme. L'anesthésiste intervient très peu après l'opération par rapport aux infirmiers-anesthésistes qui sont beaucoup plus présents. Mais il a tout de même un rôle de supervision de ces derniers.

1.1.4. Le généraliste du service de chirurgie

Lors d'une journée au bloc le M.A.R garde un œil sur l'ensemble du service de chirurgie. Il a un rôle très polyvalent et peut se rapporter à une sorte de « généraliste du service de chirurgie ».

Avant que les activités de la profession d'anesthésiste ne soient entièrement fixées, les praticiens passaient de service en service sans territorialisation précise. Cela a amené à les voir comme les médecins généralistes de l'hôpital. Aujourd'hui, le champ d'action de l'anesthésiste est bien plus précis mais cette image reste, et l'anesthésiste se considère lui-même comme le généraliste du bloc opératoire. En effet, l'anesthésiste est présent tout au long du processus chirurgical. Il prend en charge le patient dès le rendez-vous préopératoire jusqu'à son réveil. Il passe dans les services de chirurgie pour voir les patients et accompagner la gestion de la douleur post-opératoire comme vu précédemment. L'anesthésiste s'occupe du patient dans

sa totalité, le chirurgien se concentre sur la partie qu'il va opérer mais pour que l'anesthésie soit bien réalisée il faut prendre en compte tous les antécédents du patient. Il est aussi appelé sur toutes sortes d'opérations est cela lui permet d'être polyvalent, de toucher à tout. Ceci est ancré dans la formation d'anesthésiste qui nécessite de passer dans de nombreux services : la chirurgie viscérale, l'orthopédie, la maternité, la chirurgie cardiovasculaire, la neurochirurgie et la pédiatrie.

L'ensemble du processus du champ d'action de l'anesthésiste peut se résumer ainsi, sous la forme d'une frise chronologique du déroulement d'une opération, couplée à un graphique de l'évolution des constantes vitales du patient.

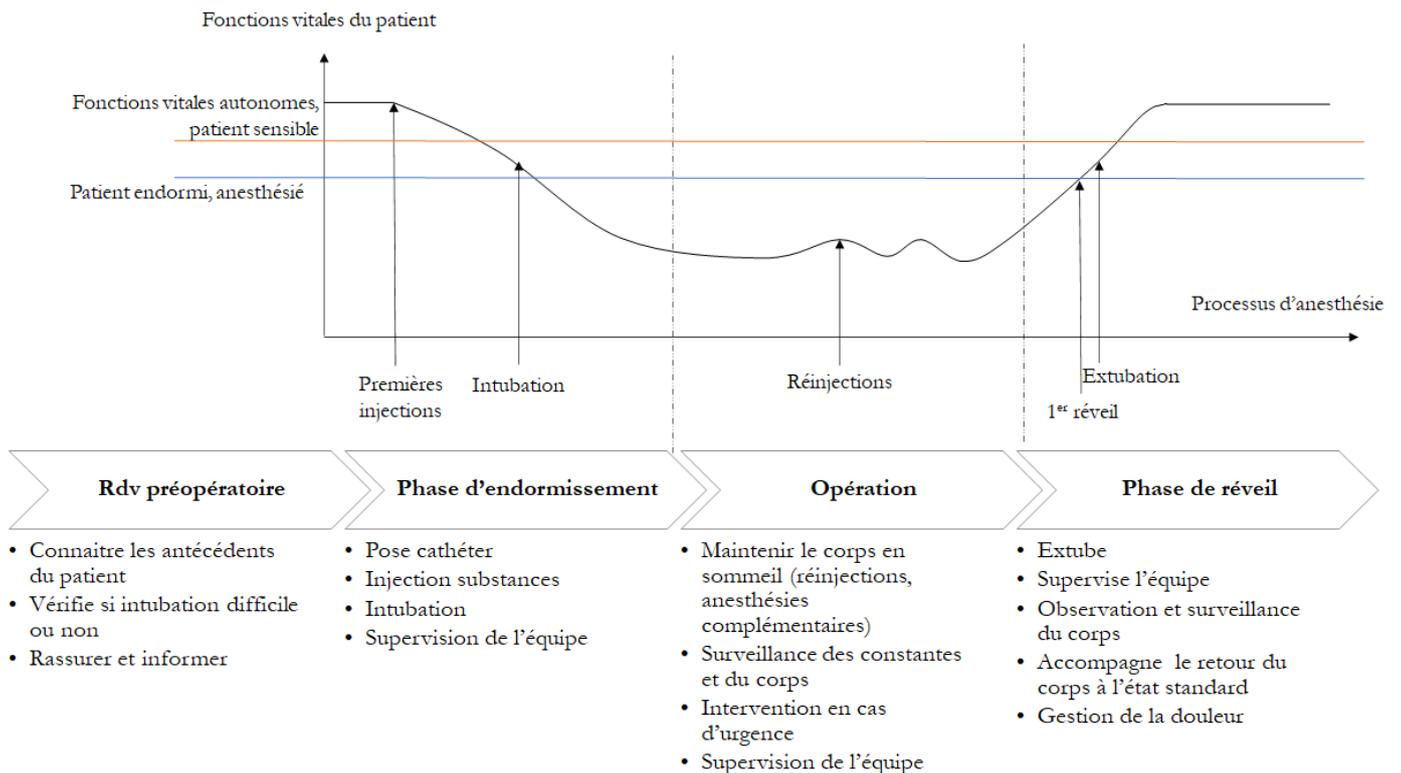


Figure 1 : Chronogramme du déroulement d'une opération du point de vue de l'anesthésiste et de l'action sur les fonctions vitales du patient qu'il a.

1.2. Un métier constitué de multiples gestes et actions très techniques

Il s'agit désormais de détailler et spécifier en quoi consistent les différents gestes techniques de l'anesthésiste. Ses actions, comme vu précédemment, sont variées et font appel à une très forte technicité. L'anesthésiste travaille principalement de ses mains et emploie également de nombreuses machines comme le respirateur, l'électrocardioscope affichant toutes les données, les brassards à tension, les électrodes cardiaques, l'oxymètre de pouls, l'échographe, etc. Ainsi, au travers de l'observation des constantes du corps, ce sont de nombreuses données qui sont traitées par l'anesthésiste.

Les gestes principaux réalisés sont la pose d'une perfusion et d'un cathéter, l'injection de substances et l'intubation, l'extubation et bien d'autres.

1.1.1. Pose du cathéter, de la perfusion.

La pose de voies permet en anesthésie de faire passer les substances par voie intraveineuse. Ce geste est réalisé plusieurs fois par jour et est considéré comme simple lorsque les veines sont bien visibles. Il y a alors sur ce geste un véritable savoir-faire. En effet, réalisant ce geste plusieurs fois par jour, les anesthésistes sont considérés au sein de l'hôpital comme les spécialistes, les "champions de la perfusion" et sont parfois

appelés en renfort pour une pose de cathéter difficile. On remarque alors qu'ils sont des médecins avec un savoir-faire manuel reconnu dans leur domaine. Ce geste est courant et constitue un véritable automatisme dans le métier. Même s'il est réalisé bien souvent par les IADE, le médecin se doit de toujours garder ce savoir-faire et donc de le pratiquer régulièrement.

1.1.2. Dosages et substances

L'anesthésiste est amené à délivrer au patient trois substances maximum :

- Des hypnotiques : ils servent à endormir le patient, il s'agit donc ici de retirer la conscience. Ils sont souvent sous la forme de gaz et sont donc administrés en continu par le ventilateur lors de l'opération à l'aide d'un masque.
- Des analgésiques : ce sont eux qui *anesthésient* au sens littéral du terme. Ils permettent d'empêcher la souffrance du patient mais aussi de limiter la douleur au réveil. Ils permettent d'enlever la sensibilité. Ce sont des dérivés morphiniques qui sont injectés en permanence *via* une seringue électrique car leur durée de vie dans le corps est très courte.
- Du curare : il permet le relâchement musculaire en paralysant le muscle. Il n'est pas obligatoire à chaque anesthésie mais est nécessaire pour certaines chirurgies, comme celles abdominales, nécessitant l'immobilité totale du patient. Le curare est injecté à plusieurs reprises lors de l'opération en fonction de sa durée de vie dans le corps tout en prenant garde à ce qu'il ne fasse plus effet lors du réveil.

Les dosages varient en fonction du poids et de l'âge du patient. Chaque dose est calculée et préparée préalablement, mais la réinjection se fait aussi en fonction de comment va le patient sur le moment puisqu'il y a toujours une part d'imprévisible. Tout est anticipé afin que lorsque l'opération commence, le patient soit déjà anesthésié, et pour que lors de son réveil, il puisse rentrer chez lui le plus vite possible et ce dans les meilleures conditions, sans se souvenir de l'opération. Le quota actuel de la chirurgie ambulatoire prévoit qu'environ 80% des patients rentrent chez eux le jour de leur opération.

L'injection de substances fait appel à des connaissances précises et scientifiques sur les dosages, les temps de vie dans le corps ainsi que les caractéristiques de chaque substance en lien avec les antécédents du patient. Cela demande des calculs mais aussi une analyse précise de la temporalité de l'opération.

1.1.3. Anesthésies complémentaires ou locales

La réalisation d'anesthésies loco-régionales comme la péridurale ou encore la rachianesthésie (bas du corps), en tant qu'anesthésie complémentaire d'une générale ou bien en anesthésie locale unique, est également un geste très courant. Il s'agit d'actes encore une fois très technique qui demande parfois la coopération du patient afin de trouver la bonne zone où piquer (pour une péridurale par exemple). Ce geste est forcément réalisé par l'anesthésiste contrairement à d'autres gestes plus communs comme la pose de cathéter qui sont assurés par les IADE.

1.1.4. Intubation

L'intubation est un des gestes principaux réalisés en anesthésie générale. Il est effectué à plusieurs, soit deux anesthésistes, ou bien un anesthésiste avec un infirmier-anesthésiste. Il s'agit de connecter le patient à un respirateur pour lui délivrer de l'oxygène à l'aide d'un tuyau passant entre les cordes vocales. Le patient ne respire donc plus par lui-même, mais grâce à une machine. L'anesthésiste en injectant des substances au patient, lui retire sa capacité à respirer et la lui rend en le branchant à un ventilateur.

Ce geste est courant mais peut être très difficile en fonction des patients. Un des objectifs du rendez-vous préopératoire est justement de déterminer si l'intubation sera difficile ou non afin de préparer les outils. Cela est simple dans 99% des cas, mais pour les 1% restants, il existe plusieurs appareils et solutions permettant de faciliter l'intubation : le laryngoscope et le vidéo laryngoscope qui permettent de guider la sonde, l'endoscope, le fibroscope. Si l'intubation est impossible, la ventilation du patient peut être assurée

par un masque sur le visage ou dans la bouche en cas de sauvetage. Si aucune solution n'est trouvée, le patient est réveillé et l'opération reportée. Dans des cas d'urgence maximale, l'anesthésiste peut être amené à réaliser une trachéotomie, ouverture chirurgicale au niveau du larynx permettant de faciliter la ventilation du patient lorsque ses voies aériennes sont obstruées. Ce geste très technique est extrêmement rare et bien souvent jamais réalisé en situation réelle par les anesthésistes. Ils se doivent néanmoins d'acquérir ce savoir-faire technique par le biais de leur formation continue, et par l'expérimentation à la morgue lors de leurs études. En effet, l'anesthésiste doit toujours savoir réagir en cas d'urgence, et réaliser des gestes très peu courants et exceptionnels. Ainsi, l'intubation et plus largement la ventilation du patient nécessitent un savoir-faire très technique et une connaissance précise du corps. Il s'agit d'un des gestes les plus difficiles du métier et constitue un enjeu majeur pour la réussite de l'opération.

De plus, la réalisation d'un « beau » geste, une « belle » intubation, permet aussi de minimiser la gêne dans la gorge du patient au réveil. En effet, le fait de réaliser correctement le geste technique est porteur d'une forte dimension esthétique. Le métier d'anesthésiste comprend de nombreux actes techniques porteurs de satisfaction lorsque leur bonne réalisation impacte positivement l'expérience opératoire du patient. Cette appréciation de la dimension technique du métier semble être au cœur de son champ d'action. La polyvalence des gestes effectués en fait un métier presque d'artisan, où les gestes sont issus d'un savoir-faire manuel très précis et complexe qui vient s'adapter à un matériau toujours unique, le corps humain.

1.3. Un métier entre manuel et technique

1.1.1. Des compétences fondées à la fois sur des gestes techniques codifiés et sur une expérience personnelle et intuitive

La pratique du métier d'anesthésiste est codifiée de manière très rigoureuse. Chaque geste est inscrit dans un protocole précis à respecter en fonction de la situation. Ces protocoles se nomment des algorithmes décisionnels. Ils coordonnent la pratique de l'anesthésie et indiquent quel geste mener à quel moment. Ils sont itératifs, c'est-à-dire que l'anesthésiste teste une technique puis une autre, puis une autre si toutes les précédentes ont échoué.

Il faut passer par beaucoup d'étapes dans les algorithmes avant d'arriver à une situation où l'anesthésiste ne peut rien faire. Il n'existe alors pas de scénario d'intervention maximale ou de schéma catastrophe puisque les actions à suivre sont connues et réalisées de manière itérative. Il y a tout de même des gestes considérés comme extrêmement rares et à réaliser pour des urgences bien spécifiques et très graves, comme la trachéotomie abordée plus haut. Ce geste est moins rare en réanimation par exemple, où l'état du patient est déjà considérablement dégradé. Il est intéressant de noter l'appellation courante dans la pratique médicale des algorithmes décisionnels. Cette dénomination donne l'impression qu'il s'agit de quelque chose de très machinal, comme s'il n'y avait pas de variations possibles. Et cela coïncide avec l'idée de machinerie humaine comme le matériau de base du médecin et plus particulièrement de l'anesthésiste. Ainsi, cela démontre une véritable grammatisation de la pratique de l'anesthésie et du corps du patient. Et c'est justement à travers ce vocabulaire et ces protocoles que les anesthésistes se comprennent et se coordonnent à travers la fiche préopératoire mais aussi avec les équipes de chirurgie au cours d'une opération.

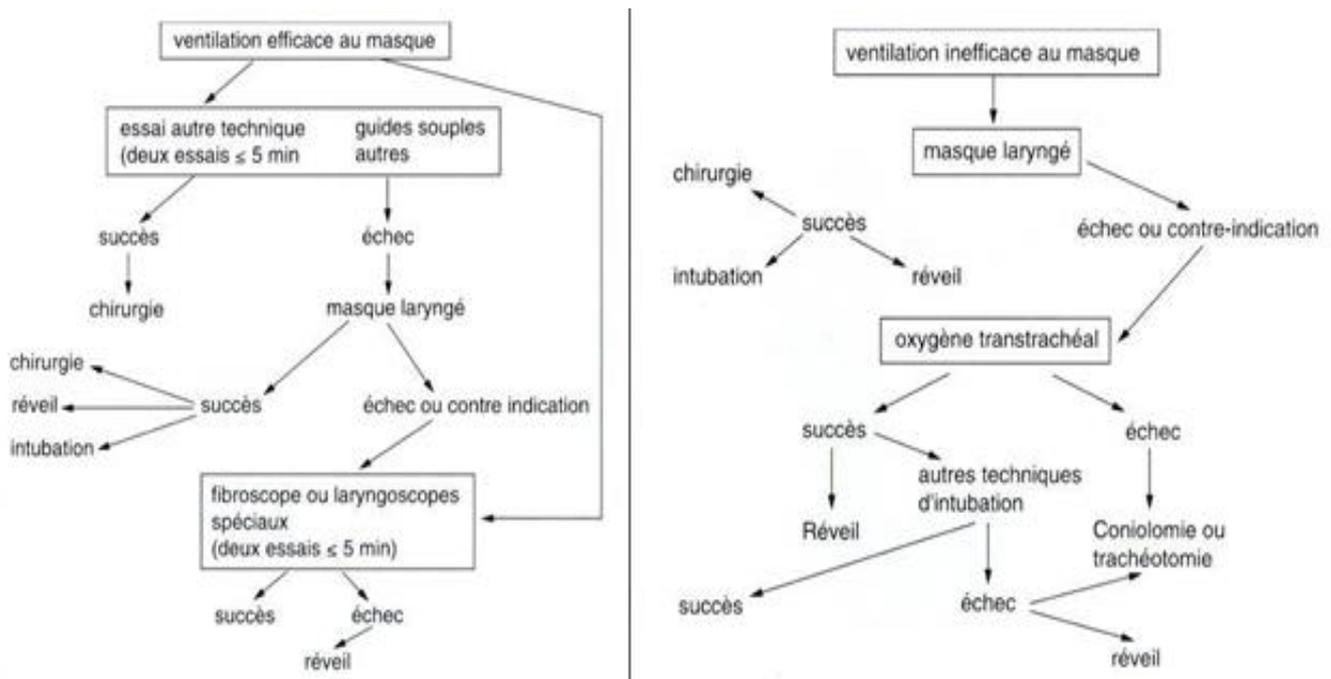


Figure 2 : Algorithme décisionnel lors d'une intubation difficile du patient. Annales Française d'Anesthésie-Réanimation 1996 réactualisé en 2006; 15:207-214. Sfar.

Il semble que cette codification technique soit intimement liée à la notion de risque dans le métier. En effet, l'anesthésiste est le responsable au sein du bloc de l'état physiologique du patient. Si cela se passe mal, il en va de sa responsabilité. Ainsi, lorsque l'anesthésie engendre des complications pour le patient, le MAR est responsable juridiquement. Mais de par cette codification et ce protocole qu'il respecte, il est protégé par sa clinique/son hôpital et peut donc être défendu. Le risque du métier constitue un aspect important à prendre en compte dans l'analyse. En effet, il est beaucoup plus élevé que pour d'autres spécialités médicales comme les médecins généralistes. L'essence même du métier repose sur l'urgence et le risque de conséquences graves pour le patient. Une situation tendue peut arriver, le patient peut mourir, ce qui nécessite que l'anesthésiste soit toujours prêt à réagir dans l'urgence. Ainsi il est "est bien payé car une fois de temps en temps [il] se fait très peur ».

L'anesthésiste fait tout de même appel à sa propre expérience intuitive pour la réalisation des gestes techniques. Il suit une certaine grammaire dans ses actions, mais garde toujours une manière très personnelle de percevoir le corps. L'anesthésiste va parfois réussir à jauger l'état du patient sans signes identifiables, de manière intuitive. Il s'agit de la part non maîtrisable du réel que l'anesthésiste apprend à déceler par expérience et par intuition. Le corps devient alors un outil pour signifier l'état global du patient. Cet aspect du travail de l'anesthésiste constitue une part du mystère autour de cette discipline.

Le métier reste finalement très manuel dans certaines actions ce qui aboutit nécessairement à de vraies différences dans la pratique (tel geste sera fait légèrement différemment par telle personne) même si l'ensemble est régi par de multiples règles.

1.1.2. Évolutions techniques et pratiques : un métier de moins en moins manuel et un facteur d'émancipation

Les évolutions techniques et pratiques du métier constituent un gain de toujours plus de précision et de diminution des risques de l'anesthésie. Il s'agit de réduire les erreurs, d'indiquer avec de plus en plus d'exactitude l'état physiologique du patient. Cela transparait généralement dans la lecture des constantes du patient qui fournissent alors des données quantitatives et directes de son état. La surveillance du patient

devient alors plus pointue, plus directe et cela renforce la sécurité de la pratique de l'anesthésie. Mais les évolutions du métier se font aussi dans la manière de doser les substances ou la ventilation. Par exemple, précédemment, pour la ventilation du patient, on utilisait beaucoup de volume et peu souvent, et désormais afin d'avoir une ventilation plus douce et plus proche de la normale, on utilise moins de volume en fonction du poids mais de manière plus constante au cours de l'opération. Ces évolutions se font aussi d'une observation du corps vers la lecture de données plus fiables et surtout objectives puisque l'interprétation se fonde sur des seuils déterminés scientifiquement.

Ainsi, l'observation du corps à travers des constantes, et donc de manière indirecte, permet de détecter précocement les signes d'une mauvaise oxygénation et constitue donc une plus-value considérable dans la réduction des risques. Cela constitue alors un facteur d'émancipation de l'anesthésiste, qui peut davantage rassurer et se rassurer quant à la sécurité de sa pratique. L'angoisse du patient d'une opération qui se passe mal est également réduite par cette technicité et cette précision permise par les machines, une forte angoisse du patient pouvant être à l'origine de complications. Il s'agit aussi de réduire le stress du médecin vis-à-vis de sa pratique en renforçant la sécurité et le protocole technique. Il suit les règles et utilise des machines de pointe afin de ne pas porter seul le poids de la responsabilité, c'est en cela un facteur d'émancipation.

Un autre exemple d'évolution majeure est l'utilisation croissante de l'échographe en anesthésie comme lunette afin de mieux localiser certains vaisseaux lors d'anesthésies locales de membres.

Par exemple, avant l'utilisation systématique de l'échographe pour les péridurales, les anesthésistes étaient formés à sentir où était l'espace péridural avec une seringue spéciale. Il s'agissait de sentir et d'évaluer la résistance des tissus avec l'aide du patient qui donne aussi des indications, en fonction des décharges qu'il ressent. Ainsi, le médecin sait exactement où il se situe avec sa seringue et peut procéder à la péridurale sans voir où il pique, juste en le sentant. Ce savoir-faire est acquis par l'expérience et la répétition du geste, l'anesthésiste acquiert ainsi une sensibilité plus fine, une synergie avec l'outil. C'est le cas également pour piquer dans le cou, il s'agit de trouver un poulx ou un muscle uniquement guidé par ses sensations.

Les futurs médecins sont formés à se servir de l'échographe qui montre efficacement où piquer sans faire appel à ce savoir-faire manuel. Aujourd'hui, « l'échographe est devenu la règle, on ne s'imagine plus faire sans ». Cela montre bien l'intégration forte des évolutions à la pratique. Ce sont d'ailleurs des évolutions très objectives et rationnelles, que l'on adopte justement car des études cliniques scientifiques ont montré leur efficacité. Il en résulte une perte du savoir-faire manuel de l'anesthésiste au travers des générations en faveur d'un gain de précision et de sécurité. Les anesthésistes formés à ce savoir-faire manuel continuent cependant de le pratiquer plutôt que d'utiliser l'échographe pour la péridurale. On observe une fracture intergénérationnelle dans la pratique. Pour conclure, l'exemple de l'échographie met en lumière des savoir-faire manuels de moins en moins présents au profit de l'outil technologique.

1.4. L'anesthésiste au sein d'un collectif

Le champ d'action de l'anesthésiste est conditionné par l'environnement dans lequel il évolue, et donc par son collectif de travail. L'anesthésiste n'est pas un médecin solitaire. L'équipe du bloc opératoire regroupe différentes spécialités et corps de métier qui doivent collaborer afin que l'intervention se déroule sans problème. Ainsi l'anesthésiste est en position de responsabilité dans son équipe mais il dépend aussi d'autres intervenants comme le chirurgien particulièrement avec lequel il doit collaborer pour bien réaliser les tâches qui lui incombent.

1.1.1. Un environnement de travail : le bloc opératoire

Le bloc opératoire est un environnement particulier, il s'agit d'un espace physique clos et restreint dans lequel chacun joue un rôle défini. La nature des événements qui se déroulent dans un bloc et la proximité entre les différents corps de métier en font un environnement propice aux tensions. Il s'agit donc

d'un lieu socialement fermé à l'écart du reste du monde, « un univers à part » qui entretient des relations particulières. L'accès est limité et il est nécessaire de porter une tenue spéciale et uniformisée pour y accéder qui témoigne d'une appartenance au bloc en général et à un groupe plus étendu que le groupe métier.

1.1.2. Constituants du service et dynamiques de pouvoir

Au sein du service de chirurgie et particulièrement du bloc opératoire, l'anesthésiste est amené à côtoyer des chirurgiens, des infirmiers anesthésistes (IADE) et de bloc ainsi que du personnel médical chargé du ménage biologique entre deux opérations. Le bloc opératoire est « un petit univers qui fonctionne plus ou moins bien », les relations entre les acteurs et particulièrement entre les corps de métiers sont fragiles.

La particularité de cet espace de travail se trouve dans la cohabitation de deux types de médecins, la relation entre le chirurgien et l'anesthésiste. En effet, il existe une certaine mise en avant du chirurgien qui effectue le geste de l'opération. L'équilibre du bloc n'est atteint que si les deux spécialités se voient d'égal à égal. Une communication de qualité est importante afin d'éviter les rapports conflictuels. Si les anesthésistes ont réussi à se faire une place dans l'environnement du bloc à force de se battre, le chirurgien conserve une autorité et un pouvoir qui sont très ancrés socialement. Cette reconnaissance du chirurgien contribue à maintenir une domination sur l'anesthésiste. D'après plusieurs MAR, la nouvelle génération de chirurgiens serait cependant plus amicale et les relations plus apaisées. Les anesthésistes seraient de plus habitués à cette dynamique et en capacité de se défendre. Il ressort que l'anesthésiste minimise ce rapport avec le chirurgien, et considère ne pas être à plaindre toujours en comparaison avec d'autres services de chirurgie plus conflictuels. De plus, la communication pourtant nécessaire entre l'équipe de chirurgie et celle d'anesthésie n'est pas facilitée par la disposition spatiale dans le bloc. Le patient et l'espace de travail sont divisés en deux par le champ opératoire. Ce dernier permet de maintenir un espace stérile dans lequel opère le chirurgien. L'anesthésiste est lui placé à la tête du patient, du côté « septique ». Il s'agit donc d'espaces de travail bien distincts qui ne permettent pas de contact visuel permanent entre les équipes.

L'équipe d'anesthésie regroupe plusieurs MAR aux caractères et expériences différents. Cependant, une plus grande homogénéité est recherchée dans les pratiques et une bonne entente est nécessaire afin de prendre en charge au mieux les différents patients, particulièrement entre le médecin ayant réalisé le rendez-vous préopératoire et celui qui sera présent au bloc. Le discours tenu par l'ensemble des médecins doit être identique pour ne pas rendre le patient confus ou créer des conflits. L'anesthésiste s'engage aussi à suivre au bloc les préconisations de ses collègues. L'appartenance à un collectif fait que l'anesthésiste doit prendre des décisions de concert avec les autres praticiens au sujet du programme d'anesthésie. En effet, il peut refuser d'avancer une opération si elle est risquée et que le patient n'a pas revu son cardiologue par exemple.

Les relations de hiérarchie sont assez évidentes entre les infirmiers et les médecins et sont très présentes dans tous les services de l'hôpital. La spécificité du bloc est la séparation entre deux équipes dont l'une est gérée par l'anesthésiste et l'autre par le chirurgien accentuant alors l'impression d'avoir deux figures principales dans le bloc.

1.1.3. Rôle de supervision au sein de l'équipe d'anesthésie et du bloc opératoire.

Un bloc qui fonctionne bien est caractérisé par une fluidité de gestes et de communication entre les différents acteurs. Une communication non verbale se met en place entre les personnes. Cela est particulièrement crucial au sein de l'équipe d'anesthésie qui se partage les gestes techniques durant l'opération. L'anesthésiste est responsable de cette équipe, il répond des actions des infirmiers qu'il encadre et est mis en cause en cas d'incident. Il remplit un rôle de supervision discrète de l'équipe. L'anesthésiste peut superviser plusieurs blocs à la fois quand il est de garde. Dans ce cas, il passe de l'un à l'autre quand le patient est endormi et délègue aux infirmiers certains gestes. Dans chaque opération, l'anesthésiste est accompagné d'au moins un infirmier. Ces derniers peuvent réaliser la surveillance des constantes ou la pose de voies sanguines seuls. Parfois l'anesthésiste les accompagne mais les IADE sont autonomes et le médecin se poste en observateur, prêt à prendre le relai en cas de difficultés ou de scénarios plus compliqués.

En 2005, le conseil national de la chirurgie met en place la charge de coordinateur du bloc opératoire, souvent porté par un anesthésiste. Ce coordinateur est chargé de « manager » le bloc, de gérer les équipes. L'anesthésiste doit donc posséder des compétences assimilables à celles du monde de l'entreprise et du secteur industriel qui n'ont rien à voir avec les connaissances médicales. Cette spécialité en plus d'être très technique comprend alors une part bien plus technocratique. Il est chargé d'optimiser le fonctionnement de son lieu de travail que ce soit pour l'occupation des salles, la gestion des flux de personnes. L'anesthésiste participe au conseil du bloc opératoire dont il peut être le président. Il doit se placer en tant qu'autorité morale dans le bloc, ce qui renforce sa responsabilité sur les équipes. Les autres participants sont les chirurgiens, les cadres infirmiers, les représentants de la direction et des services de maintien de l'hygiène.

1.1.4. Apprentissage et expérience collective

La dimension collective du métier d'anesthésiste est particulièrement importante au niveau de sa formation. L'anesthésiste est formé en médecine classique jusqu'à la 6ème année ce qui lui permet de poser une base théorique au métier. Là commence une formation plus « sur le tas » où l'interne est en situation directement avec les patients et effectue des gestes techniques. Bien que les études théoriques soient très longues, c'est lors de la pratique que le métier est le plus assimilé. En effet, de nombreux gestes sont techniquement complexes, c'est par l'expérience que l'on s'améliore. La meilleure école est au pied du lit du malade. L'expérience amène aussi la part de ressenti qui n'est plus technique mais instinctive, évoquée précédemment. On peut faire un parallèle avec le compagnonnage, l'interne apprend les gestes grâce à l'anesthésiste expérimenté qui prend la place du professeur. Le passage du savoir est un enjeu important dans les disciplines médicales. C'est dans cette relation entre élève et médecin plus âgés que sont transmises les techniques particulières pour les gestes les plus complexes. La dimension collective de l'apprentissage est donc cruciale dans ce métier.

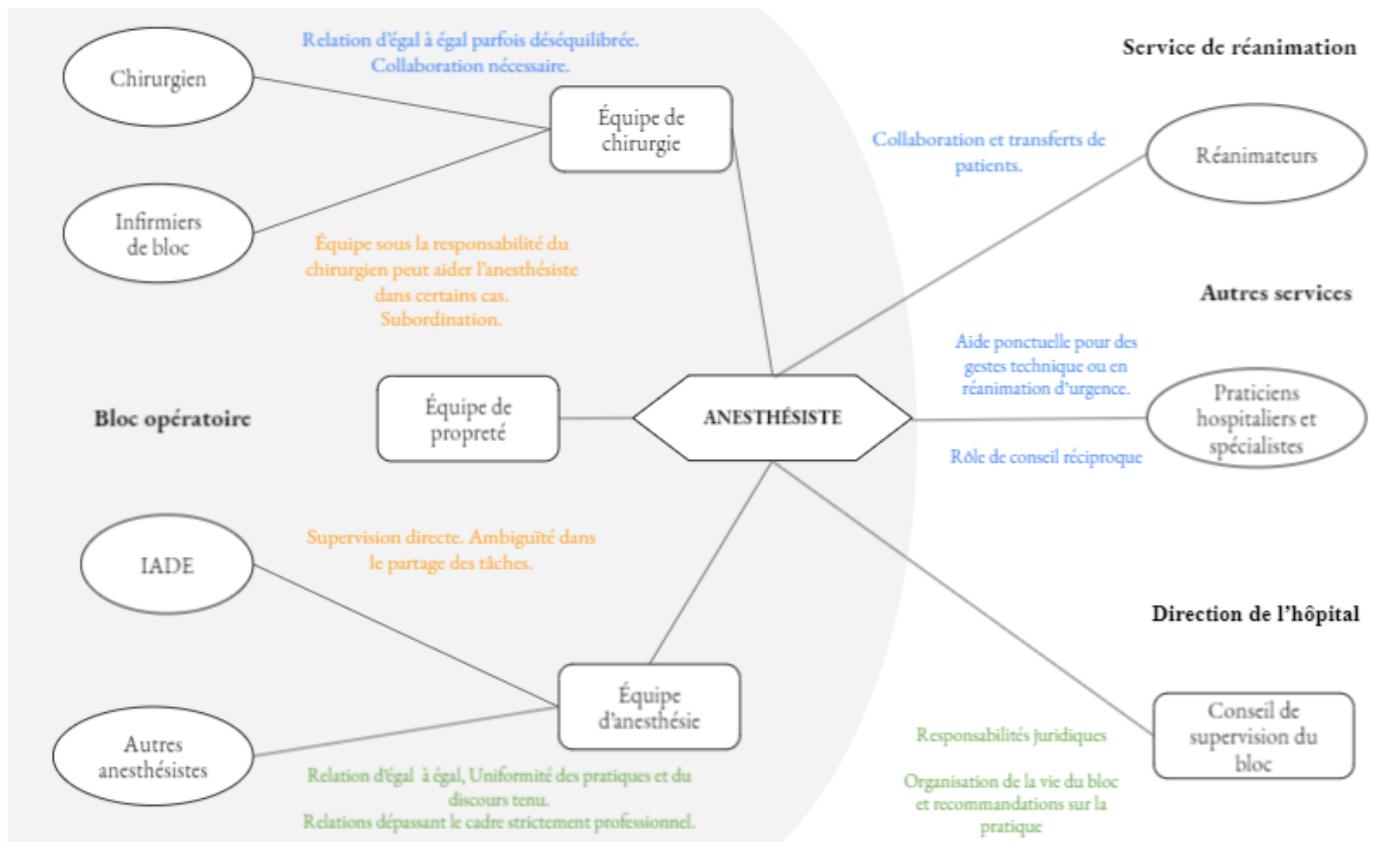


Figure 3 : Schéma de l'organisation collective autour de l'anesthésiste.

2. La vision du patient et de la vie

1.1. La place de l'anesthésiste dans la chaîne du soin

1.1.1. Une spécialité à fortes responsabilités qui reste dans l'ombre vis-à-vis du patient.

Au travers de l'analyse de son champ d'action, il apparaît que l'anesthésiste est rarement en contact avec le patient éveillé. Il rencontre ce dernier environ 15 minutes pour un rendez-vous préopératoire, et ne le reverra sûrement plus. De même, le contact avec le patient avant que celui-ci ne s'endorme est très bref. Ainsi, le MAR est bien plus à ses côtés quand celui-ci n'est plus conscient. À son réveil, le patient est en contact avec des infirmiers-anesthésistes plutôt que des anesthésistes et ne se souvient plus de rien. L'anesthésiste est entouré d'anonymat contrairement au chirurgien dont le patient connaît le nom et dont il bénéficie du suivi avant et après l'opération.

L'anesthésiste est dans l'ombre vis-à-vis du patient. En effet, cette spécialité médicale comporte de nombreux mystères pour la plupart des personnes. L'anesthésiste fait même peur puisqu'il est celui qui détermine si l'on va se souvenir ou non d'une opération ou encore si l'après sera douloureux. La peur de se réveiller en pleine opération, par exemple, est une angoisse très fréquente chez les patients bien que le risque soit extrêmement rare grâce à la précision actuelle de la pratique, permise par les machines. Ce qui fait peur dans l'anesthésie c'est surtout de lâcher son emprise sur son propre corps, de le confier entièrement à quelqu'un que l'on ne connaît pas.

Le peu d'interaction que l'anesthésiste a avec le patient contribue à renforcer ce mystère, et en fait un véritable technicien du sommeil et de l'inconscient qui a la capacité à manipuler les sens et les constantes de la vie. D'un côté, le patient veut savoir ce qu'il va se passer, il peut alors poser de nombreuses questions lors du rendez-vous préopératoire, mais d'un autre côté, il ne veut pas en savoir trop. En effet, il n'est jamais agréable de savoir que l'on sera intubé et branché à de nombreuses machines car la perception et la visualisation de notre corps sous cet angle peut être très angoissante. L'anesthésie est une spécialité médicale qui est présente justement pour que toutes les angoisses des patients ne se réalisent pas, le MAR protège. Les craintes sont alors projetées sur lui puisqu'il a la responsabilité qu'elles n'adviennent pas.

Cette responsabilité forte est très disproportionnée par rapport au niveau de rétribution et de reconnaissance que les anesthésistes reçoivent de la part des patients. En effet, le chirurgien (ou la sage-femme lors d'un accouchement), est souvent la personne que l'on remercie à la suite d'une opération réussie. Au contraire, le travail bien fait de l'anesthésiste n'est que très rarement remercié et on le poursuit par contre très facilement en justice si un incident arrive par l'anesthésie. L'écart conséquent entre responsabilité portée et rétribution dans ce métier vient interroger sur l'image que renvoie l'anesthésiste et sa place dans la chaîne du soin.

Cette déficience de la rétribution dans ce métier serait due à la relation très limitée entre le patient et l'anesthésiste. Le moment le plus propice pour créer un lien est en fin de compte juste avant l'opération, avant que le patient ne s'endorme, ou encore pendant une anesthésie locale. L'anesthésiste peut rassurer et détendre le patient, lui parler, s'il le souhaite. Certains anesthésistes sont d'ailleurs formés à l'hypnose et la communication thérapeutique dans cette optique. Néanmoins dans l'ensemble, l'anesthésie n'est pas la discipline médicale la plus proche du patient. Cette spécialité ne recrute pas les médecins pour leurs compétences relationnelles, qui d'ailleurs parfois choisissent ce métier davantage pour l'aspect technique que la relation au patient. Il donne de ce fait l'impression d'un métier bien moins social et humain, moins tourné vers le *care*, que d'autres spécialités médicales.

Mais cela constitue en réalité une contradiction intrinsèque au métier. En réalité, ce métier nécessite une forte appétence sociale du fait tout d'abord de l'image qu'elle occupe dans l'esprit des gens (la peur qu'inspire l'anesthésie et l'importance qui en résulte de rassurer et d'inspirer la confiance et le calme), mais aussi du rôle de supervision de l'équipe primordiale au bon fonctionnement du service. En cas de complication et de détérioration de l'état du patient, c'est à l'anesthésiste que revient la responsabilité de la

gestion du bloc et des prises de décision. Il est chargé de réaliser la réanimation et de choquer si le cœur le permet. C'est donc une figure qui s'impose comme leader lors de crise, qui doit gérer le stress des autres et de canaliser le sien. Cela demande des qualités de maîtrise de soi même très importantes. Ainsi, si la spécialité d'anesthésiste est souvent vue comme une pratique qui ne demande pas de grandes qualités humaines car elle n'a pas affaire spécifiquement au patient, la charge humaine est très importante vis-à-vis des équipes du bloc opératoire. On voit alors apparaître un paradoxe entre la vision interne et externe au bloc du métier. Cette partie est particulièrement invisible au public et spécifique à l'intérieur de l'hôpital. L'aspect social et humain, et ainsi sa place dans la chaîne du soin, est invisibilisé par sa technicité forte. L'anesthésiste lui-même invisibilise ce côté de ce métier, et se cache derrière les machines, les constantes, les données, les gestes qu'ils réalisent.

Il existe un écart entre la vision de l'anesthésiste, que ce soit par ses propres yeux ou pour le patient, et la réalité de son métier qui est de fait très humain.



Il existe une contradiction entre la vision interne et externe du métier d'anesthésiste, entre pratique n'ayant pas de contact avec le patient et donc considérée comme associable pour le grand public et spécialité de supervision et de lien essentielle aux relations sociales de travail dans l'enceinte du service de chirurgie.

Figure 4 : Contradiction entre la perception interne et externe que l'on a du métier d'anesthésiste et sa réalité propre, sociale et collective.

1.1.2. Le soin par la veille

Ainsi, que fait réellement l'anesthésiste ? Son importance au sein du bloc semble toute démontrée, mais la place qu'il occupe dans la chaîne du soin apparaît encore et toujours floue. Peut-on dire qu'il soigne ? En effet, on a l'impression qu'il s'agit d'un médecin qui ne soigne pas, au sens de ne guérit pas, car il ne fait pas le geste de la guérison comme par exemple le chirurgien dont l'intervention est directement visible.

Le rôle de l'anesthésiste au bloc opératoire, mais aussi plus globalement dans le service de chirurgie, peut alors se résumer à la notion forte de veille. L'anesthésiste met le patient dans des conditions particulières, le rend opérable. Il n'agit pas directement pour qu'il aille mieux mais permet le soin. Au travers de l'analyse de ses actions et notamment de leur temporalité, la veille sur le patient qu'opère l'anesthésiste apparaît comme le fondement du soin qu'il apporte. Il agit ainsi dans l'ombre vis-à-vis du patient, afin de veiller sur lui pendant qu'il n'est pas conscient, lorsque celui-ci est en sommeil et abandonne son corps aux médecins. La notion de veille rappelle toute la sémantique du sommeil intrinsèquement liée à l'anesthésie par la perte de sens et de conscience.

Cette surveillance occupe une place importante dans le rôle du MAR lors d'une opération. Cela est retranscrit par cette phrase entendue en entretien :

« 95% du temps on s'ennuie, 4% on transpire et 1% on aurait voulu ne pas être là et ne jamais avoir fait ce métier. »

« 95 % du temps », il s'agirait donc d'attente, de surveillance des constantes, que tout se passe bien, et ce toujours dans une position disponible afin de réagir vite en cas de besoin. Il s'agit d'une veille active. L'anesthésiste veille sur le patient et s'assure de son bon état. Il est le gardien de sa vie quand celui-ci est inconscient.

Ainsi, au travers de notre analyse, le soin par la veille apparait comme central : l'anesthésiste réalise plusieurs types de veille. Une mise en sommeil et un réveil du corps, une veille par la supervision de l'équipe et enfin une veille du corps, en se mettant en position d'attente. Ces différents aspects sont détaillés dans le FAST suivant, replaçant cette notion de veille au cœur du métier.

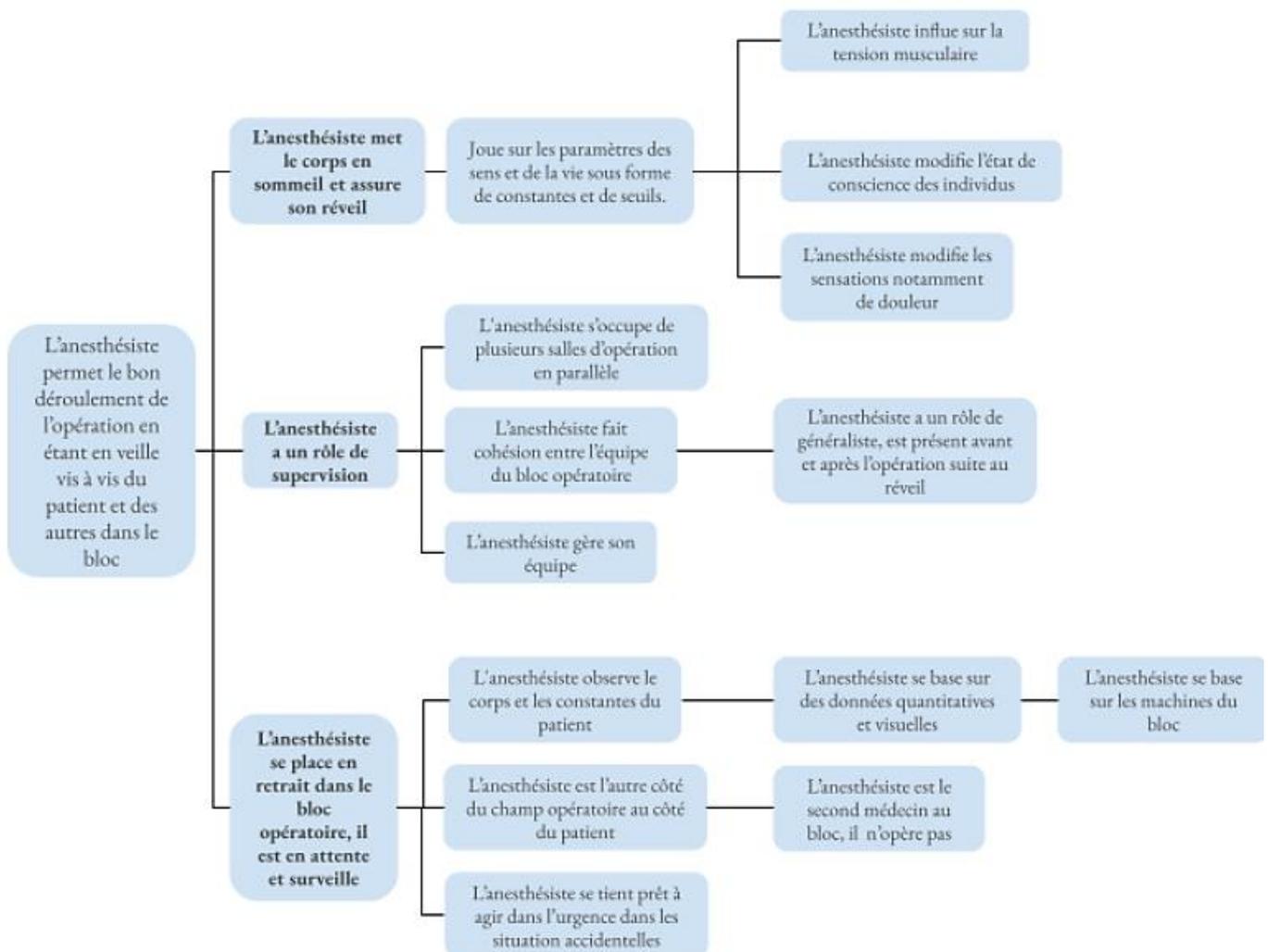


Figure 5 : FAST de l'action et de la place de l'anesthésiste dans la chaîne du soin par la notion de veille.

Un autre aspect du soin procuré par l'anesthésiste est la gestion de la douleur pendant et après une intervention. Il s'agit alors d'un soin indirect, par la facilitation du vécu. Il est possible de faire un parallèle avec le personnel médical travaillant en soins palliatifs, qui de la même manière, ne guérissent pas à proprement parler. Ici, sans l'anesthésiste, l'opération ne peut avoir lieu car opérer quelqu'un et le faire souffrir est aujourd'hui considéré comme barbare. Il s'agit en effet d'une obligation morale d'atténuer, voire supprimer la douleur avant d'agir sur le corps d'un individu. Faire mal, faire souffrir, ne peut aujourd'hui être considéré comme du soin, même si cela aura un impact positif sur la vie de la personne sur le long terme. Cela n'a pas toujours été le cas, les barbiers par exemple, arrachait les dents sans aucune anesthésie, et cela été perçue comme normale aux yeux de tous. Notre sensibilité et résistance à la douleur a ainsi fortement diminué, et les seuils de douleur considérés comme acceptables sont beaucoup plus faibles. En fin de compte, l'évolution des techniques d'anesthésie a permis cette diminution de la douleur et a engendré ce nouvel aspect, devenu central dans les métiers du *care*. L'anesthésiste se crée ainsi lui-même sa propre place dans la chaîne du soin.

Il y a à la fois la veille du patient, et la surveillance de ses constantes. Une double veille qui rappelle la binarité des supports de lecture de données de l'anesthésiste (corps et machines).

1.2. Une relation outillée au corps

1.1.1. Le corps comme outil de travail

L'anesthésiste est un technicien, comme nous l'avons vu c'est un métier extrêmement manuel.

Le soin en anesthésie passe par l'outil et par le geste. C'est aussi ce qui fait communément penser qu'il ne s'agit pas d'un métier médical très humain, car ce n'est pas au travers de sa relation avec l'humain éveillé que l'anesthésiste agit mais avec le corps endormi. Le corps de l'autre est ainsi l'outil de travail de l'anesthésiste. En tant que tel, le corps endormi prêt à être opéré se dissocie du corps éveillé et de la personne. On observe particulièrement une réification du corps, le patient est « branché » sur le respirateur comme un objet ou comme une autre machine. La respiration étant assurée mécaniquement, le corps se fond petit à petit avec l'environnement technique et aseptisé du bloc. Il est préparé, rasé, désinfecté et finalement « on a plus trop l'impression que ce soit un corps ». La nudité n'est pas choquante au bloc et n'est pas associée à la personne éveillée. S'il revoit un patient après l'opération, l'anesthésiste n'a « pas l'impression d'avoir eu accès à ça ». C'est une vulnérabilité qui n'est pas intime mais médicale.

Cette création du corps endormi / objet est accentuée par le recul qui caractérise les métiers scientifiques. Le regard porté sur le corps est une projection intellectuelle admirative du fonctionnement des organes, de la beauté de la « machinerie interne humaine ». Il y a une dimension sacrée, « magique » dans le rapport du médecin au corps, un émerveillement constant.

Les données qui ont une importance pour la préparation de l'opération sont les antécédents médicaux ainsi que les caractéristiques du corps en général comme l'ouverture de la gorge pour l'intubation. C'est à ces éléments que l'anesthésiste fait attention, le patient est donc considéré en premier par son corps et son « opérabilité ». De plus, sans matériel, l'anesthésiste ne peut pas faire grand-chose en dehors du massage cardiaque ou de la ventilation directe. La pratique est donc fondée sur la maîtrise manuelle. L'anesthésiste n'effectue pas de diagnostic, il est reconnu pour son efficacité et sa capacité à faire le bon geste au bon moment.

1.1.2. La place des machines dans la vision du corps

Les données quantitatives et fonctions vitales complètent l'observation du corps et des signes qualitatifs.

L'anesthésiste a les yeux sur différents paramètres au cours de l'intervention. Pour l'aider en cela, il se fonde sur différentes machines qui centralisent les mesures réalisées par des capteurs posés sur le patient. Les données sont affichées sur le scope à partir de différentes interfaces : un tensiomètre mesure la tension toutes les cinq minutes et en continu pour les grosses chirurgies avec un cathéter placé dans une artère. Des électrodes sur le thorax renvoient le rythme et la fréquence cardiaque. On surveille de plus le taux de saturation en O₂ en continu. Le respirateur, en plus de fournir de l'oxygène au patient et de remplir ses poumons artificiellement, mesure la capnométrie c'est-à-dire la quantité de CO₂ expirée. Grâce aux ventilateurs qui délivrent des gaz en permanence, on peut avoir une surveillance plus précise de l'état de conscience ou inconscience du patient. La tension musculaire permet quant à elle de régler les quantités de curare à injecter. L'anesthésiste sait précisément ce qu'est la vie, le fait d'être vivant au travers des fonctions vitales. La connaissance du corps est tellement fine que ce dernier est grammatisé, décomposé sous la forme de données chiffrées, de seuils.

Tous ces indicateurs nous donnent des informations sur l'état interne du patient et doivent être traduites pour avoir accès à d'autres données sur le corps et non mesurables directement. Par exemple, si le rythme cardiaque augmente c'est que le patient a mal, cela peut aussi signifier qu'il fait une hémorragie car le cœur cherche à compenser la perte en augmentant la fréquence. Les paramètres relevés par les machines sont intégrés par l'anesthésiste car il maîtrise la physiologie du corps. Ainsi, des données qui peuvent paraître abstraites aux non-initiés sont porteuses de signification et caractérisent un corps qui est limité à ces chiffres et courbes.

Ainsi, on assiste durant l'anesthésie à un glissement du sujet clinique et de l'observateur. Lors de l'endormissement, l'anesthésiste observe le patient. Ensuite, un nouvel acteur arrive dans la relation patient-médecin. C'est la machine qui est à la fois observatrice et sujet d'observation. Le patient n'est plus sous l'attention directe du praticien, il devient un "sujet clinique indirect". Il est en quelque sorte remplacé vis-à-vis de l'anesthésiste par la technologie.

L'anesthésiste se fonde aussi sur une observation du patient pour réagir et choisir la marche à suivre. Si l'anesthésiste est très savant et comprend le fonctionnement du corps, il doit surtout être très observateur et il établit des relations avec le corps qui sont externes à la machine. Ces relations sont cependant assez invisibilisées car elles relèvent plus de l'intuition et du savoir non grammatisé et non reconnu dans les livres de médecine. Il est difficile d'accéder à ces connaissances en interrogeant un anesthésiste car il n'y pense pas spontanément. Ces indices externes et surtout non quantifiables sur l'état du patient sont par exemple la couleur de sa peau, la couleur de ses conjonctives, la température des genoux etc. Un patient qui baille durant l'opération est ainsi un mauvais indicateur bien que les constantes soient bonnes, cela prédit une résistance à l'anesthésie. Parfois même, l'anesthésiste ressent des choses intuitivement et prévoit des complications. Par exemple pour l'intubation on peut prévoir des difficultés uniquement en regardant le visage du patient. Les critères de réaction d'un patient ne sont donc pas tous entièrement compris et mis en science.

L'accès au corps pour l'anesthésiste se fait donc par l'utilisation combinée des machines et de sa propre intuition. Ces sont les deux paires de jumelles pour observer la vie. La phase du réveil en est un bon exemple. En effet, le réveil est un temps de flottement et d'incertitude, chaque patient se réveille à son propre rythme, en trente secondes ou en dix minutes. L'anesthésiste ne gère que l'arrêt des substances endormissantes et doit être à l'affût du moindre signe pour stopper la ventilation et extuber avant que le patient n'ait conscience du tuyau dans sa gorge. Les premiers signes sont à peine perceptibles mais doivent être compris afin de ne pas occasionner de gêne respiratoire.

1.1.3. L'anesthésie comme une manipulation des paramètres de la vie

Au travers du scope et des interfaces de captage de données, l'anesthésiste a accès aux données vitales. La traduction des informations données par les machines est nuancée par la particularité de chaque être humain. Chacun réagit différemment aux produits injectés, à la douleur. Les seuils de tolérance sont variables pour tous. La dégradation d'un paramètre inquiète plus chez certaines catégories de la population. Un patient sous anesthésie aura dans tous les cas une faible tension, encore plus chez les personnes âgées, mais la chute de la tension représente un plus grand risque chez une personne jeune. Le niveau d'urgence est relatif, certains patients peuvent supporter plus de stress, on agit donc sur ce qui est le plus urgent. L'anesthésiste est en discussion avec le chirurgien pour hiérarchiser les tâches et maintenir le patient en vie en cas de complication. Il voit la vie par ses limites. On peut utiliser l'image de seuils qui ne doivent pas être sous-passés. L'anesthésie est donc un juste équilibre entre l'endormissement (garder le patient endormi, limiter sa douleur et sa tension musculaire) et le maintien de la vie (ne pas laisser le patient partir et maintenir ses constantes vitales, particulièrement sa respiration). D'un côté on vient atténuer des sens et de l'autre on vient supporter la vie et le fonctionnement du corps en général. Cet aspect-là du métier de l'anesthésiste peut être représenté sous la forme d'une balance devant trouver un équilibre.

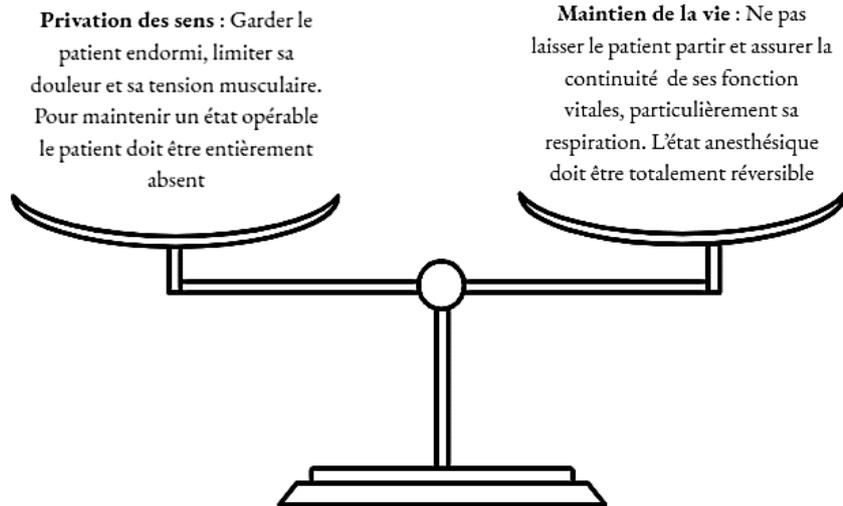


Figure 6 : Balance schématique de l'équilibre sur lequel joue l'anesthésiste en manipulant les paramètres de la vie du patient.

3. Anesthésiste-réanimateur : un seul et même métier ?

Avec tout le recul acquis sur le métier d'anesthésiste, on peut maintenant s'interroger sur la constitution de l'identité de cette spécialité qui participe à la vision que l'anesthésiste a de lui-même. La spécialité d'anesthésie-réanimation, souvent limitée à la première partie, est la seule à avoir une double compétence dès l'internat. Il s'agit officiellement d'une spécialité unique ce qui est conforté par des études communes et une palette d'actions techniques semblables.

Cependant, au vu de l'étendue de cette discipline qui englobe aussi bien le bloc opératoire que le service de réanimation intensive, l'urgence préhospitalière ou encore les unités dédiées à la douleur, de nombreux professionnels choisissent une facette du métier : anesthésiste OU réanimateur. En pratique, bien que les deux groupes communiquent, il s'agit de deux métiers assez distincts. On peut donc se demander d'où vient le lien entre les deux et surtout en quoi ils s'éloignent.

1.1. Des gestes et actions similaires

1.1.4. Une même formation

Anesthésistes et réanimateurs ont la même formation de spécialité de base. Ils suivent deux ans d'internat obligatoire dans un service de réanimation et deux ans en tant qu'interne anesthésiste. À la fin de leur cursus, les internes anesthésistes-réanimateurs sont invités à prendre des gardes avec le SAMU pour pratiquer la réanimation d'urgence.

La formation est complétée par deux semestres libres où commence le choix entre les deux, en fonction de la préférence de l'interne et de son classement dans sa promotion. Ainsi, un anesthésiste sera formé à la réanimation et à des protocoles spécifiques et inversement. Cela permet éventuellement de basculer de l'un à l'autre durant sa vie professionnelle. L'anesthésiste peut être amené à faire de la réanimation de base.

Pour effectuer une transition entre les deux services, une formation est nécessaire afin de se remettre à niveau car de nouvelles pratiques apparaissent fréquemment et le métier évolue très vite. De plus, les gestes sont si techniques et la réanimation si spécifique que l'anesthésiste ne se sent pas forcément « capable » à un certain point de sa carrière de changer de spécialité.

1.1.5. Gestes et actions communs aux deux métiers

L'anesthésie, comme la réanimation, effectue une prise en charge globale du patient qui prend en compte ses antécédents et tous ses soucis de santé. Dans les deux cas, le médecin a affaire la majorité du temps à un patient endormi dont il doit monitorer les fonctions vitales afin de le garder en vie. De plus, on retrouve dans les deux des gestes communs, que ce soit la pose de cathéters, l'intubation, etc. ainsi que des machines similaires comme les respirateurs et l'électrocardioscope. Les produits injectés sont similaires, il s'agit de dérivés morphiniques et d'hypnotiques. Anesthésistes et réanimateurs sont en dialogue constant car ils effectuent des transferts entre leurs services respectifs. La réanimation prend en charge les patients en suite d'opérations compliquées et le bloc opératoire peut agir en urgence pour un patient de réanimation dont l'état s'aggrave rapidement. En cas d'accident grave, la réanimation d'urgence gère le déchocage et stabilise le patient pour sa prise en charge chirurgicale par l'anesthésiste. La réanimation gère ensuite les anesthésies prolongées et le coma artificiel afin d'assurer une transition en douceur et d'éviter les séquelles. La composante de gestion de la douleur est donc présente dans les deux spécialités. L'une prend le relais de l'autre sur ce plan.

1.2. Deux métiers séparés dans la pratique

Anesthésistes et réanimateurs se considèrent toutefois comme deux spécialités à part, tant leur processus de travail est différent. Les situations professionnelles qu'ils rencontrent sont distinctes dans la temporalité et produisent une relation au patient et au soin séparée.

1.1.6. Dans la temporalité

L'anesthésie et la réanimation ne se basent pas sur la même temporalité. Le rythme, le temps dédié à chaque patient et l'enchaînement des tâches est différent. L'anesthésiste endort jusqu'à dix patients par jour. Durant une garde, il enchaîne les opérations, réalise les gestes tels que l'intubation de multiples fois. Son intervention est ponctuelle, il est présent durant le rendez-vous, au bloc et passe en salle de réveil. Les patients de chirurgie ne sont pas censés rester à l'hôpital à long terme surtout avec le développement de la chirurgie ambulatoire où les patients sont admis et ressortent dans la même journée. Le réanimateur a lui un rythme plus lent et continu. Il admet en moyenne un patient tous les deux jours hors covid. Son échelle de temps est celle de la semaine, voire du mois. Il est responsable de cinq ou six patients qu'il surveille en continu et retrouve chaque jour. Le réanimateur n'intube pas forcément, les gestes sont plus réfléchis et préparés à l'avance. L'anesthésiste doit réagir dans l'urgence face à une dégradation du patient là où le réanimateur pose une réflexion et un protocole de soins dans la durée. Il s'agit d'un métier moins manuel et plus réflexif.

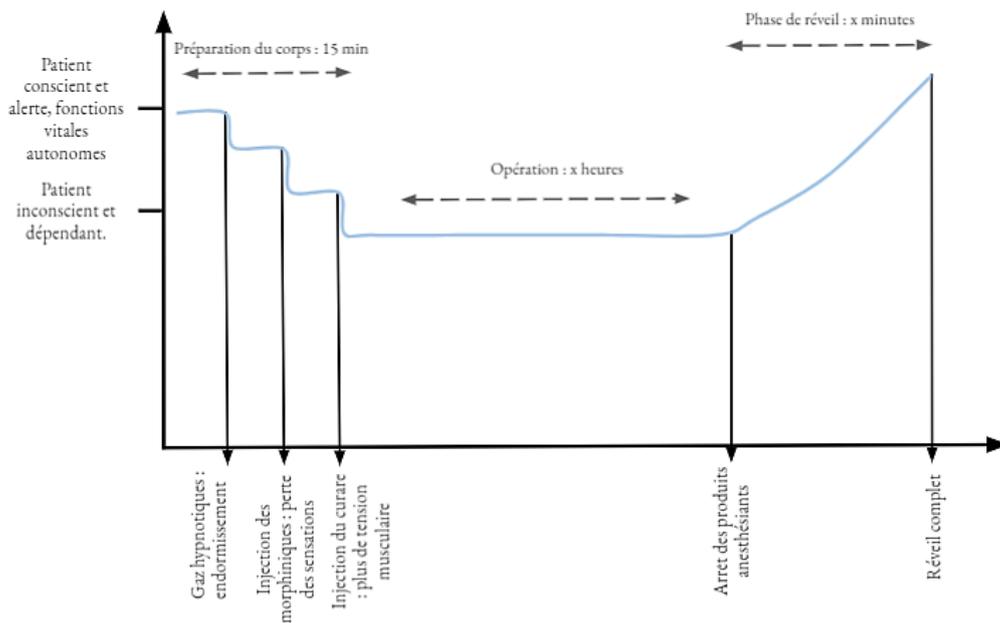


Figure 7 : Echelle temporelle de l'anesthésiste.

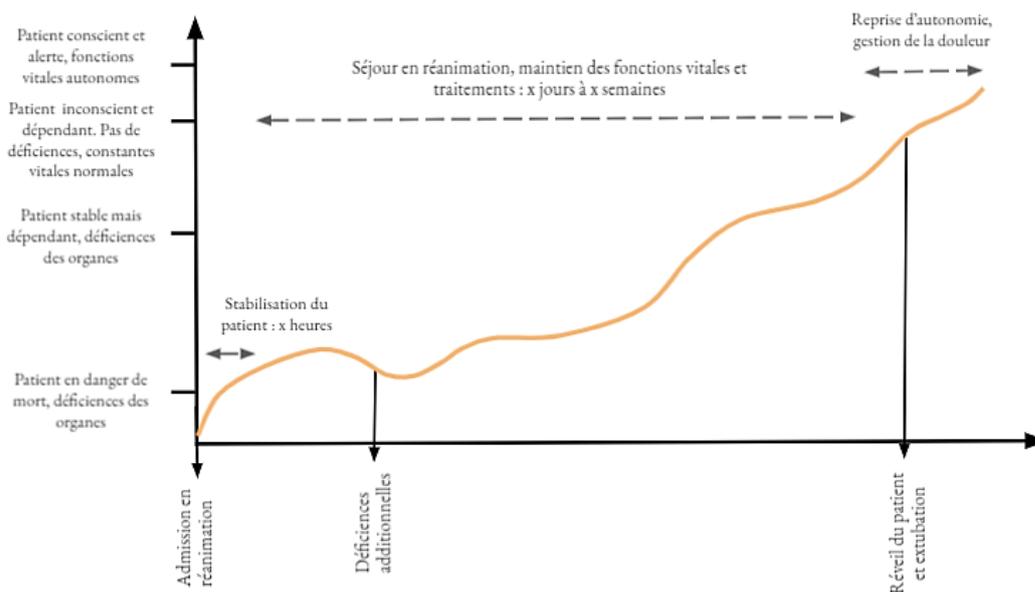


Figure 8 : Echelle temporelle du réanimateur.

1.1.7. Dans la relation au corps, au patient et à ses constantes vitales

La différence de temporalité est aussi liée à une vision différente du corps à soigner et donc d'une dimension du *care* spécifique à chaque spécialité. En anesthésie, on vient abaisser volontairement les sensations, la conscience et on passe certaines fonctions vitales en mécanique pour une durée prévue et limitée. La réanimation prend en charge des patients dont la vitalité est déjà diminuée, elle contribue à maintenir en vie les patients présentant des défaillances sévères. Un patient est placé en réanimation et non en soins intensifs quand deux organes sont défaillants ce qui menace le corps en entier. L'objectif du réanimateur est alors opposé, il cherche à réveiller son patient et non à l'endormir. En réanimation, on part de la défaillance et on cherche à augmenter, à redonner son autonomie au corps.

Le réanimateur essaie de faire progresser son patient. Pour cela il met en place des protocoles expérimentaux, joue sur les différents paramètres des machines, les dosages pour avoir une amélioration et atteindre le traitement optimal sur le moment, qui devra dans tous les cas être réadapté en permanence. La réanimation est donc beaucoup moins protocolaire que l'anesthésie et relève d'un tâtonnement. Le patient est un mystère qu'il faut décoder. Dès la prise en charge dans le service de réanimation, le réanimateur mène une investigation au travers d'examens physiologiques, radiographies et échographies, pour prendre en charge le plus efficacement possible les fonctions vitales défaillantes chez le patient et le stabiliser le plus possible avant même de penser à améliorer son état. Parfois la seule chose à faire est d'attendre tout en soutenant les fonctions vitales en apportant de l'oxygène ou en effectuant des dialyses par exemple. De nouveaux dysfonctionnements des organes peuvent apparaître durant le séjour en réanimation, le réanimateur peut donc se trouver face au choix de traiter tel organe au risque de nuire à un autre afin de sauver le patient.

Les deux spécialités sont donc opposées en ce sens : l'anesthésiste rend le patient inconscient volontairement pour lui prodiguer des soins, cette perte d'autonomie est temporaire et sa durée prévue et limitée. Le réanimateur lui a pour but de rendre conscient son patient dont la condition est subie, et de lui donner son autonomie, il travaille dans l'inconnu. Les deux pratiques se rencontrent à un seuil de vie minimal vers lequel l'anesthésie tend et la réanimation s'éloigne.

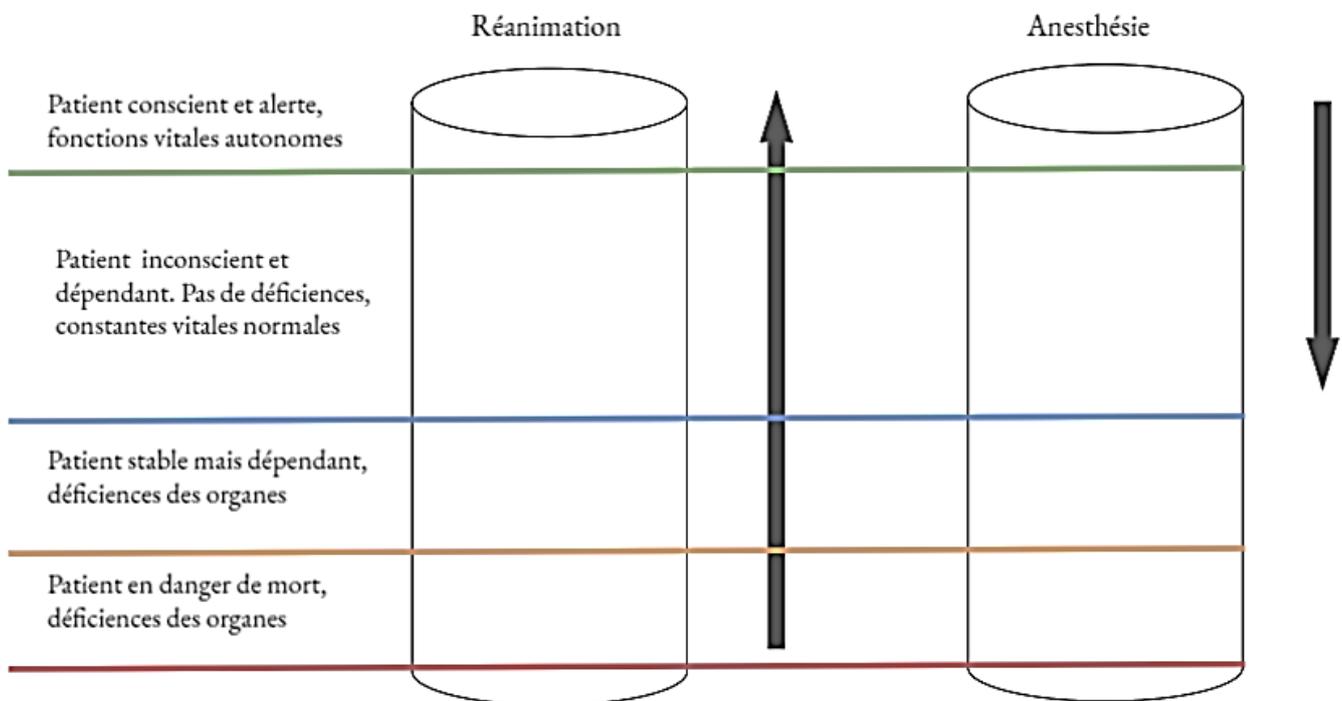


Figure 9 : Schéma de la relation au corps du réanimateur et de l'anesthésiste.

1.1.8. Des identités construites et distinctes autour de ces deux métiers

Si anesthésistes et réanimateurs relèvent tant la séparation de leur spécialité, supposée unique, c'est que deux identités métiers se sont créées pour chaque « demi-spécialité ». La spécialité d'anesthésie-réanimation étant encore jeune et en construction, elle est en quête d'identité professionnelle afin de pouvoir s'affirmer dans le collectif de l'hôpital et de se voir reconnue suffisamment, particulièrement au bloc opératoire.

Des polémiques sont présentes au sein de la profession et opposent réanimateurs et anesthésistes. La plus récente concerne la création d'une formation commune aux anesthésistes-réanimateurs et à la médecine intensive de réanimation « MIR » qui diminuerait les places disponibles en anesthésie-réanimation pour augmenter les effectifs de médecins réanimateurs.

La création d'une identité forte du réanimateur est renforcée par la charge éthique de celui-ci. En réanimation, la proximité de la mort est plus forte qu'au bloc opératoire. Le taux de mortalité tous types de réanimation confondus est de 30%. Le réanimateur est amené à faire des choix tels que l'arrêt des soins. L'annonce du décès à la famille fait partie du quotidien du spécialiste ce qui nécessite des capacités humaines et une prise de recul empathique importantes. Comme nous l'avons vu, la pratique de la réanimation est plus créative et demande un effort réflexif considéré supérieur. Le réanimateur est communément vu comme une « grosse tête » qui aime se poser des questions et résoudre des énigmes physiologiques. Ces capacités de déductions se travaillent et pour un anesthésiste de carrière n'ayant pas pratiqué de réanimation depuis longtemps, il est très difficile de se tenir à niveau dans la réanimation.

4. Conclusion

Ainsi, nous avons pu au cours de notre étude relever des points saillants de la pratique de l'anesthésiste. Au sein des disciplines médicales, l'anesthésie ressort comme porteuse d'ambiguïtés, il est donc nécessaire d'éclairer comment se crée la vision que le patient a de l'anesthésiste ainsi que la perception que le praticien a de lui-même.

Premièrement, le métier d'anesthésiste est particulièrement technique. Le MAR réalise des gestes complexes comme la péridurale et l'intubation qui demandent une maîtrise manuelle totale. C'est le premier aspect qui ressort en cherchant à identifier "ce que fait l'anesthésiste". Cette technicité extrême produit alors une vision du corps comme outil ou objet de travail. En tant que tel, le corps est arraisonné, il subit une grammatisation au même titre que les actes posés par le praticien. L'anesthésiste fait de plus usage de nombreuses machines dont l'intervention dans la relation patient/médecin encadre l'observation de la vie. Cette dernière est considérée au travers des lunettes de la science, sous la forme de constantes vitales, de données et de limites de sensibilité et de conscience, en dessous desquelles le patient passe de l'état opérable idéal au danger de mort.

Cette dimension quantifiable n'est cependant pas suffisante à la réalisation de l'anesthésie. En effet, à la technicité s'ajoute, grâce à l'expérience du terrain, une dimension intuitive et qualitative. L'anesthésiste est ainsi un artisan du corps. Cette dimension sensible est cependant fréquemment invisibilisée car la mise en science constitue principalement une protection face aux risques toujours présents au bloc opératoire et à la responsabilité sur la vie d'autrui dont l'anesthésiste a la charge.

L'expérience de l'anesthésiste est avant tout acquise en collectif. La dimension sociale est au centre de l'action du MAR. L'univers du bloc s'organise autour de lui, souvent plus qu'autour du chirurgien qui est pourtant la figure publiquement reconnue. La distance vis-à-vis du patient qui est endormi durant la majorité de la rencontre a tendance à créer une seconde invisibilisation au niveau de la dimension sociale du métier. Le paradoxe de cette spécialité se trouve dans sa propre perception non sociale de son métier alors qu'il est un moteur des relations de travail au sein du bloc.

De plus, l'anesthésiste semble mystérieux, il est dans l'ombre et sa place dans la chaîne du soin n'est pas évidente. Nous avons observé que cette dernière se caractérise par une posture de veille au sein de toutes les actions du médecin anesthésiste. Cette veille est active et continue sur le patient et le service de chirurgie. Il s'agit d'abord de permettre l'opération en mettant le corps en sommeil et en agissant notamment au niveau de la douleur. Ensuite, le praticien effectue une surveillance du patient et supervise son équipe. Enfin, le MAR tient une position en attente. Il est un acteur en puissance qui devra potentiellement agir en urgence et prendre les devants pour le maintien en vie du patient.

Pour finir, l'anesthésie est une spécialité très récente dont la construction identitaire s'achève à peine et aboutit à la séparation entre anesthésie et réanimation. La comparaison des deux spécialités nous permet tout de même de mettre en lumière le cadre d'intervention de l'anesthésiste et le contrôle qu'il exerce sur le corps.

Afin de mieux situer les dimensions observées au sein du processus de travail de l'anesthésiste, on peut résumer notre analyse selon quatre dimensions. La dimension subjective, relative à la vision que l'anesthésiste a de lui-même, la dimension objective montrant les prescriptions et l'action soin à chaque étape, la dimension collective qui regroupe le rôle social du médecin et la dimension sociétale liée à la reconnaissance et la place de l'anesthésiste dans la chaîne du soin.

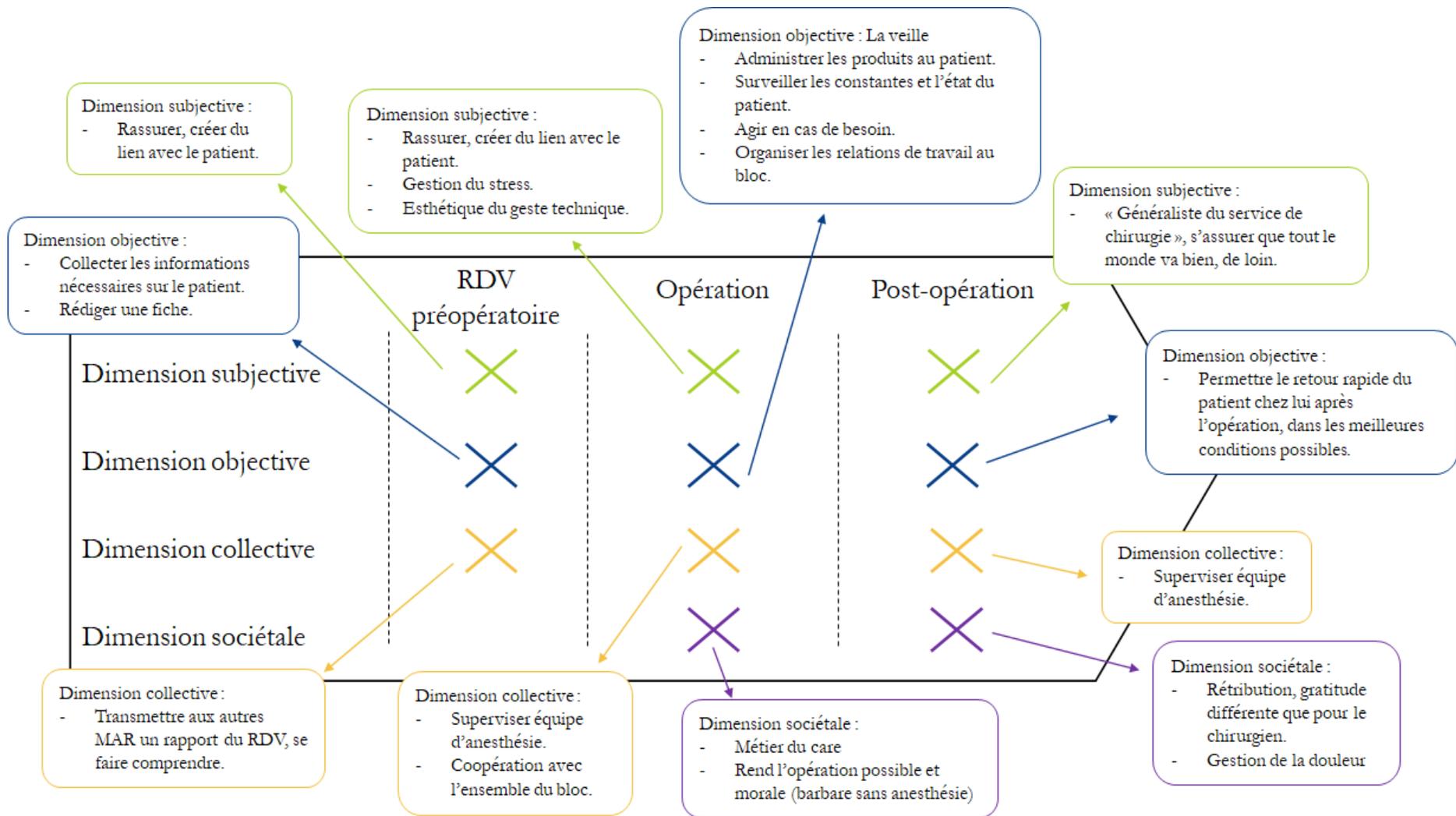


Figure 10 : Processus de l'anesthésiste selon les 4 dimensions du travailler.

Bibliographie

Albaladejo, P., Beloeil, H., Gentili, M., & Marty, J. (2003). Relation entre le patient et le médecin anesthésiste-réanimateur. *Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation*, 22(9), 840–842. [https://doi.org/10.1016/s0750-7658\(03\)00331-9](https://doi.org/10.1016/s0750-7658(03)00331-9)

Brunel-Mercier, M. F., Rocca, B., & Coulangue, C. (2008). L'anesthésie sans anesthésiste ? *Progrès En Urologie*, 18(2), 77–84. <https://doi.org/10.1016/j.purol.2007.12.008>

Compère, V., Quentin, R., Moriceau, J., Clavier, T., Dureuil, B., & Besnier, E. (2020). Perception par le patient du rôle du médecin anesthésiste-réanimateur en France. *Anesthésie & Réanimation*, 6(4), 368–376. <https://doi.org/10.1016/j.anrea.2019.10.008>

Doppia, M. A., Estryn-Béhar, M., Fry, C., Guetarni, K., & Lieutaud, T. (2011). Enquête comparative sur le syndrome d'épuisement professionnel chez les anesthésistes réanimateurs et les autres praticiens des hôpitaux publics en France (enquête SESMAT). *Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation*, 30(11), 782–794. <https://doi.org/10.1016/j.annfar.2011.05.011>

Fischler, M., Cardin, J., Faucon, T., & Adam, R. (2019). La présence du médecin anesthésiste-réanimateur et de l'infirmier anesthésiste diplômé d'État en salle d'opération, responsabilité des chirurgiens et des établissements de santé. *Journal de Chirurgie Viscérale*, 156, S14–S20. <https://doi.org/10.1016/j.jchirv.2019.05.001>

Leone, M., Constantin, J. M., Langeron, O., & Bonnet, F. (2017). Anesthésiste-réanimateur ou réanimateur-anesthésiste ? *Anesthésie & Réanimation*, 3(1), 6–8. <https://doi.org/10.1016/j.anrea.2017.01.006>

Pontone, S., & Brouard, N. (2010). La démographie médicale des anesthésistes réanimateurs est-elle encore compromise en France à l'horizon 2020 ? *Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation*, 29(12), 862–867. <https://doi.org/10.1016/j.annfar.2010.10.011>

Theissen, A., Beaussier, M., Bouregba, M., Rouquette-Vincenti, I., Niccolai, P., & Lienhart, A. (2016). La responsabilité de l'anesthésiste-réanimateur en chirurgie ambulatoire. *Anesthésie & Réanimation*, 2(6), 381–390. <https://doi.org/10.1016/j.anrea.2016.09.004>

Viallard, M.-L. (1992). *Réflexion éthique entre clinique et technologie en anesthésie-réanimation*. Ethique Sorbonne-Paris. Published.